

## 鑑定ガイドライン関係

# 鑑定ガイドライン案

本ガイドラインは、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基づく鑑定に関し鑑定医が作成する鑑定書の様式を標準化することを目的とし厚生労働科学研究班によりとりまとめられたものであるが、今後、研究者等の意見により変更がある。

## 心神喪失者等医療観察法鑑定ガイドライン（試案）

（ ）は医療観察法の条項

～ 基本的な考え方 ～

### 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き等を定めるとともに、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を目的としている(1-1)。

### 2. 本ガイドラインの目的

本ガイドラインは本法に係る鑑定において裁判所に鑑定を命ぜられた医師（以下「鑑定医」という。）が鑑定書に記載すべき要綱について述べ、鑑定医が作成する鑑定書の様式を標準化することを目的とする。また、本法に係る鑑定を行う上での技術的な留意点について記載し、今後における本法に係る鑑定の技術の向上を目指すものである。

### 3. 本法における鑑定

#### 1) 本法における鑑定の目的

本法に係る鑑定は、対象者に関し、第一に精神障害者であるか否か、第二に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にこの法律による入院または通院の医療を受けさせる必要性（以下、医療観察法医療必要性という。）があるか否かの判断のために行われる（37-1）。これらの判断に資するために、鑑定医は対象者の病歴や関連する側副情報を収集し、診察、検査等を実施して意見を述べる。

鑑定は精神障害の種類、過去の病歴、現在及び対象行為を行った当時の病状、治療状況、病状及び治療状況から予測される将来の症状、対象行為の内容、過去の他害行為の有無及び内容、並びに当該対象者の性格を考慮にいれて行い、医療観察法医療必要性に関する意見を付すものである（37-2,3）。

#### 2) 本法で求められる鑑定の種類（入通院・退院及び入院継続・再入院）

第一には、対象行為を行った者について、不起訴処分において心神喪失者若しくは心神耗弱者であると認められた場合、または刑法三十九条により心神喪失を理由とする無罪の裁判若しくは心神耗弱を理由として刑を減輕する旨の裁判（実際に刑に服させることとなるもの

を除く。)が確定した場合、検察官が医療観察法による処遇の要否及びその内容を決定することを申し立てることとなるが、この検察官の申立てに係る審判においては、原則として鑑定が行われる(37)。

第二に、指定入院医療機関の管理者又は対象者等による退院許可の申立てまたは指定入院医療機関の管理者による入院継続の申立てに係る審判において、裁判所が審判のため必要があると認める時には鑑定を命じる場合がある(52)。

第三に、この法律のもとで通院中の対象者に対して保護観察所の長から指定通院医療機関の意見を付して、処遇の終了、通院期間の延長又は入院の申立てがあった場合、当該申立てに係る審判において、裁判所が必要があると認める時には鑑定を命じる場合がある(57、62)。

### 3) 刑事司法における鑑定との相違

刑事司法で行われる精神鑑定の目的は、被鑑定人が当該行為を行ったときの精神状態を精査し、その責任能力の有無について言及することである。それに対して、本法に係る鑑定の主たる目的は、対象者の医療観察法医療必要性についての意見を述べることである。

英米における刑事司法の精神鑑定では生物学的な方法(生物学的・医学的な精神の障害の判定)と心理学的な方法(行為の是非弁別能力と行動制御能力)の双方を有する混合的方法によって、責任能力の有無が判断されている。この混合的方法は精神の疾患又は欠陥(ダラム・ルール)、自己の行為の邪悪性を弁別する能力(マクノートン・ルール)、自己の行為を法の要求に従わせる能力(抵抗不能の衝動テスト)を検討するものであり、また訴訟能力の有無の評価も同様の方法で行われている。精神鑑定は専門家による判断ではあるものの、証拠の一つにすぎず、最終的には検察官ないし裁判所が種々の要素を考慮して総合的に責任能力の有無を判断する。

## 4. 鑑定における考え方

### 1) 医療観察法医療必要性の判断

医療観察法医療必要性の判断において、鑑定医は下記に示す3つの評価軸に時間軸を組み合わせて評価を行い、意見を述べる。

### 2) 医療観察法医療必要性に係る3つの評価軸

(1) 疾病性：診断はICD-10による分類を原則とする。また疾病の重症度に関しては臨床的な記述をすると共に例えばICFやGAF等により評価を行う。疾病による弁識能力・制御能力の障害についても評価する。心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者においては、疾病と当該他害行為との関連性が認められるものと考えられるが、その関連性の強さについても本法に係る鑑定において評価することが望ましい。

(2) 治療反応性：治療及び医学的なケアの可能性のないものは本法に係る医療の対象とはならない。治療反応性は、いわゆる治療可能性について医学的判断を行う際の指標の一つとなる。治療反応性は、治療に参加させることが現在から近い将来に渡って可能であるかと、実際に行った治療の効果がありそれが他の場面にも般化しうるかに分けて評価する。

(3) リスクアセスメント：医療観察法では重大な他害行為を行った者を対象にしており、対象者が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にこの法律による医療が必要かどうかを判断するものであるから、対象者のリスクアセスメントは重視される。リスクアセスメントは対象者の環境や経過（文脈）を考慮に入れることなしには論じることができない。リスクの評価にあたっては、臨床的な情報の積み重ねと構造的な評価方法等を参考にする。後述する共通評価項目の17項目はリスクアセスメントの経時的評価のために用いられる。

### 3) 時間軸の設定

医療観察法における鑑定は、評価を何時の時点のもので行うのか、その時間軸の設定に特徴がある。重大な他害行為を行っているために、リスクアセスメントをはじめ疾病性や治療反応性は、過去と現在そして将来にわたり検討を行うために、長い時間軸の設定を行うことになる。過去に関しては生育歴、生活歴などを遡り、当該行為時、鑑定をしている現在、さらに将来に関する予測など長い時間の中での評価を行う。疾病性や治療反応性、リスクが将来において変化しうるかについて意見を述べる。

～ 医療観察法に係る鑑定書の様式 ～

本法に係る鑑定を行うに当たっては、鑑定医は鑑定書を作成するにあたり審判の参考となる一定の様式を守ることが望ましい。

以下に鑑定書の様式の記載事項の原案をあげる。

## 1. 事実関係に関する記載

対象者の情報：氏名・性別・生年月日・年齢・国籍・本籍・現住所・職業

付添人の情報（該当時）：氏名・事務所所在地

保護者の情報：氏名・住所

鑑定に至る経緯（該当時）：処遇裁判所・裁判官・精神保健審判員・鑑定を命ずる裁判の内容等

裁判関係（該当時）：送致警察署・主任検察官・判決裁判所・事件番号

事件概要：当該他害行為の罪名・当該行為の概要、不起訴処分又は裁判の内容

鑑定日時関係：鑑定開始年月日・鑑定書作成年月日

入院関係（該当時）：入院医療機関名・入院年月日

家族歴：負因・家族に関して特記すべき情報

生活史：出生地・生育歴・学歴（成績）・職歴・性発達歴・婚姻歴・宗教・海外渡航歴

最近の生活状況：家庭環境・交友関係・経済状況・関心事（趣味）・社会福祉サービスの利用状況

犯罪歴：過去の他害行為の有無及び内容（あれば犯罪行為・裁判の結果・服役状況・補導・保護観察処分・不起訴処分等）

既往歴：身体疾患罹患及び治療歴・精神疾患罹患及び治療歴・精神科入院回数

薬歴：常用薬物・違法薬物乱用歴・飲酒・喫煙・アレルギー歴

側副情報から特記すべき事項

## 2. 鑑定に係る意見

「3つの評価軸による対象者の評価（それぞれ時間軸を考慮）」

疾病性：診断・重症度・当該行為と疾患との関連性

治療反応性

リスクアセスメント：共通評価項目・その他リスクに関して特記すべき情報

「主文」

対象者が精神障害者か否か

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にこの法律による医療を受けさせる必要があるか否か

この法律による入院による医療の必要性に関する意見（法37条、52条、62条の鑑定の場合）

### 3．鑑定に係る情報

診断：主診断・副診断・身体合併症

現病歴：主診断に係る病歴・治療内容とその結果・対象行為を行った際の対象者の症状

鑑定時現症：鑑定書作成時点での対象者の症状及び状態像及び予測される将来の症状

対象者の性格傾向：臨床的観察事項・心理テストにおいて特記すべき事項

鑑定入院中に行った治療内容とその結果

特記すべき身体検査結果

その他参考となる事項

### 4．別添（必要に応じて）

不起訴事件記録・裁判記録・刑事司法鑑定書・過去の診療録・学校記録・保健福祉サービス記録・心理検査結果・その他臨床検査結果・その他参考資料

～ 留意事項 ～

## 1. 鑑定の実際と留意点

本法に係る鑑定は医学的見地から本法による処遇の必要性の有無に関する鑑定を行うものである。対象者の社会復帰を促進するために、対象者にとって最も適切な処遇が決定される必要があり、裁判所による適切な判断に資するために鑑定を行う。

本法の目的は「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。

このために概ね以下の手順で鑑定を進める。

## 2. 鑑定に当たり収集すべき情報

1) 家族歴：家族の病歴と生活や行為の障害（人格、犯罪歴など）

2) 生活歴：不起訴事件記録・刑事裁判記録や保護観察所の調査等をもとにした側副情報を参考にする。可能な限り客観的で多角的な情報を得るように努める。

(1) 成育歴・生活歴

(2) 学歴と成績

(3) 職歴

(4) 結婚歴

(5) 宗教

(6) 海外渡航歴

3) 現在の社会環境：不起訴事件記録・刑事裁判記録や保護観察所の調査等をもとにした側副情報を参考にする。

(1) 家族関係

(2) 交友関係

(3) 経済状態

(4) 社会活動・関心事

(5) 社会福祉サービス利用歴

4) 犯罪歴・矯正処遇歴：不起訴事件記録・刑事裁判記録や保護観察所の調査等をもとにした側副情報を参考にする。特に過去の判決や事件記録等の側副情報を参考に、各犯罪行為と対象者の精神状態及び疾病性に関する検討を行う。

(1) 犯罪歴（当該行為）

(2) 犯罪歴（暴力関連）

(3) 犯罪歴（非暴力犯罪）

(4) 非犯罪的暴力の経歴

(5) 矯正処遇歴・保護観察歴



5) 薬物・アルコール歴：薬物やアルコール乱用に関して犯罪行為を含む暴力行為が発生する可能性を示唆する報告は多い。乱用(有害な使用)、依存、精神病状態、後遺障害など、どのような病態水準にあるかを判断する。これらは年余にわたる経過の中で形成され進行するものであり、対象者自身がこれらをどのように認知していたかを客観的な情報をもとに検討する。

6) 性発達歴：生物学的な性発達歴に加えて、実際の行動面より性に関する発達歴を検討する。特に性的サディズムが関係する犯罪では性病理と犯罪行為との関係を検討する。

#### 7) 側副情報

対象者にとって最も適切な処遇を迅速に決定するためには、より柔軟で十分な資料に基づいた判断が求められる。これは審判だけではなく鑑定でも同様である。鑑定医の職権で集めることができる資料は限りがあり、特に客観的な発達歴には学校記録が、病歴にはこれまでの診療録が、犯罪行為と疾病の関係ではこれまでの犯罪歴が必要である。これらの側副情報を持たずには対象者の時系列を追っての診断や治療への反応性及びリスクアセスメントの判断はできない。一方、守秘義務や対象者の同意なしには閲覧できない資料があることも前提である。側副情報源としては次のようなものがある。

- (1) 不起訴事件記録(供述調書を含む。)
- (2) 裁判記録
- (3) 刑事司法鑑定書(簡易鑑定、本鑑定)
- (4) 前科前歴
- (5) 治療を受けていた場合は診療録
- (6) 学校記録(発達障害など)
- (7) 保健福祉サービス記録
- (8) その他：特に過去の他害行為に関する情報など

### 3. 鑑定作業に係る項目

1) 診断：原則的にICD-10を用い、必要があればDSM-Ⅳや従来診断を付記する。主診断に加えて、複数の診断がある場合には副診断も重要である。

2) 精神科現病歴関連：不起訴事件記録・刑事裁判記録や保護観察所の調査等をもとにした側副情報を参考にする。診断や治療反応性を検討する上で最も重要な情報である。ときに鑑定医の直接的な視点より過去の診療録を検討する機会を得ることが有用なケースがある。

- (1) 病歴
- (2) 治療歴
- (3) 薬物療法歴

3) 鑑定時現症・精神徴候：精神現象の記載は標準的な様式を用いる。

4) 治療へのコンプライアンス：治療反応性は治療に参加させることが可能かどうかと、実際に行った治療の効果があり他の場面にも般化しうるかよりなる。前者は対象者が治療に参加する意思を持ちうるか、持ちうるように介入できる可能性を有するか等による。精神科現病歴と同様に過去の治療経過の中で検証する必要がある。

5) 人格傾向：発達歴や生活史、過去の行為障害の有無などは不起訴事件記録・刑事裁判記録や保護観察所の調査等をもとにした側副情報を参考にする。対人関係への反応を過去から現在（鑑定時）を診ることで診断するが、心理テストも大きく参考となる。

6) 心理テスト：知能テスト特にWAIS-Rは多くの情報を提供する。人格面のMMPI、うつ病のBDIのように自記式の評価から、専門家によるロールシャッハテストまで多種多様である。脳器質的疾患ではベンダーゲシュタルトテストも必要となる。このほかに文章完成テストやバウムテスト、P-Fスタディなど臨床的にも汎用されている心理テストを採用する。

7) 身体的検査（頭部CT, MRI, EEG, 血液, 肝機能など）：脳器質性疾患を鑑別する上でも頭部の画像診断や脳波検査は重要である。肝性脳症などでは血液データや腹部エコー・CTなど精神医学的検査以外の検査が必要となる場合もあり、他科の専門医との連携を要する場合もある。

8) リスクに関する情報：不起訴事件記録・刑事裁判記録や保護観察所の調査等をもとに側副情報を参考にする。過去の対象者の犯罪行為、犯罪までに至らない暴力行為がある場合には時系列で見てゆくと有用な情報となる。特に暴力に関する情報はこれらの行為が生じた背景や文脈と疾病との関係を検討することが重要である。

9) リスクに関する心理テスト：リスクアセスメントにおいて鑑定者の臨床的な判断をいかに検証可能なものにするのかが問われており、構造的な評価手順を踏むことにより、より客観性を確保できる可能性がある。リスクアセスメントの構造的な評価方法の導入については今後の研究が必要である。

10) 鑑定中の治療内容と治療に対する反応（薬物療法を中心として）：対象者の治療反応性を評価するために薬物療法を中心とした急性期治療を実施しながら評価を行う。

#### 4. 共通評価項目

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てリスクアセスメントとそのマネジメントに注目して作成される。

共通評価項目は以下の17項目とする。

##### 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

各項目の評価基準については別添を参照のこと。

# 共通評価項目の解説とアンカーポイント（第1次案） 2004.10.5現在

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

共通評価項目は以下の17項目と個別項目とする。

## 共通評価項目

### 「精神医学的要素」

- ・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

### 「対人关系的要素」

- ・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

## 評価項目の使用法

1. データベース項目とは異なり、本評価項目は、治療導入前から治療中、退院後のフォローアップを通じて定期的に評価し続けるものである。そのため、項目は全て可変(dynamic)なものとする。
2. 評価は現在の状態を反映したものであり、多職種チームの評価に準じた期間での状態変化を考慮する。毎週の検討の際は1週間の状態、月例の検討では1ヶ月、半年間の検討の際は半年間を総合した状態を評価する。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中を含んだ評価とする。鑑定時の評価では、治療必要性の判断材料とするため現在の状態評価が重要であり、鑑定入院期間に観察された状態を評価する。
3. 評価項目を可変なものとするため、項目は主として現在の状態の評価となる。しかし将来のマネジメントプランを検討するため、マネジメントにつながる、近未来についての評価項目を含んだ。
4. 本評価は処遇の変化の判断にも用いられる。ただし、リスクアセスメントには、本評価と併せ、過去の(不変の)要因も考慮に入れるべきである。

## 各項目についての解説とアンカーポイント

### 「精神医学的要素」

#### 1. 精神病症状

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、一度犯罪を犯した者の中では統合失調症は再犯リスクを下げるという研究がある(安藤,2003)。また症状では幻覚や妄想と暴力の関係を示す研究がある。特に命令性幻聴が暴力のリスクを増すとの報告がある。また Link & Stueve (1994) によると、脅かされる感じと自分をコントロールできないという感じにつながる精神病症状は地域での暴力を予測する。共通評価項目では症状の有無を検討すると同時に、症状と対象行為の関係も評価したい。

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。観察期間中の最も重篤な状態が評価される。

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

抑うつ状態での拡大自殺による他害行為も医療観察法の対象として想定されるものの1つである。また躁状態、易刺激的な状態での他害行為も想定される。責任能力とは直接関係ないが怒りは暴力の強いリスクファクターで、特に抑うつ診断があるときにはその傾向が強い(Hodgings,1999)。怒りと暴力は異なる水準のものであるが、感情としての怒りから暴力行為に至らないためのコントロール能力は他害行為の防止要因となり、アンガーマネジメントなどによって怒りのコントロール能力を高めることで暴力リスクを低下させることができよう。

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。

- 1) 興奮、躁状態：気分高揚、易刺激性、多動。(BPRS17. 高揚気分準じる：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。転導性亢進。多動だが目的ある活動が障害される。)

- 2) 不安・緊張：ちょっとした問題に対しても過度の恐れや心配を表す。あるいは緊張する。(BPRS2. 不安に準じる：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。)
- 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。これはほとんどの日常活動に染み込んでいる。(BPRS9. 抑うつ気分に準じる：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入れる。1 = 気力喪失の訴え。沈んでいる。くよくよする。悲しい。2 = 抑うつの身体的徴候 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。)
- 6) 罪悪感：過去の行為や自分ではどうしようもないことに対する過度の自責、羞恥、後悔。(BPRS5. 罪業感に準じる：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囲にわたる罪業感。)
- 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 = 軽度以上の知的障害

評価：0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らかな問題点あり

総合評価は下位評価の最も高い点数が採用される。

一過性の場合は最後に観察された日付( )

### 3. 自殺企図

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

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

評価：0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らかな問題点あり

最後に観察された日付（ ）

## 「個人心理的要素」

### 4 . 内省・洞察

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。内省は再発の防止要因となる肯定的な要素であり、対象者の治療への動機付けと治療継続に関わる。

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（=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) 何の反省も示さない：当該他害行為に対する責任を感じていない。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、反省の弁が認められる場合には1点以下とする。2) ~ 3) の項目の特徴が顕著な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。仮に病識があっても、他害行為を行ったことを認めない場合には2点とする。
- 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も認識しない。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点とし、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。

評価：0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らかな問題点あり

### 5 . 生活能力

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

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

- 1) 生活リズム：昼夜逆転、睡眠と覚醒の時間が定まらない。
- 2) 整容と衛生を保てない：顔を洗わない、あるいはめったに洗わない。衣服が汚いあるいはぼろぼろ。外見が汚い、あるいはくさい。
- 3) 金銭管理の問題：金銭のやりくりができない。しばしば金銭の貸し借りをする。消費者金融から安易



に借金をする。不要なものを安易に買ってしまう。

- 4) 家事や料理をしない：寝る場所が散らかっている。台所や共用場所を散らかったままにする。自分で片付けない。掃除、洗濯やゴミの分別が出来ない。
- 5) 安全管理：火の始末、貴重品や持ち物の管理などができない。戸締りが出来ない。
- 6) 社会資源の利用：交通機関など公共機関を適切に利用できない。必要な物品の入手が出来ない。
- 7) コミュニケーション技能：電話や手紙が利用できない。困難な状況で助けを求めることが出来ない。
- 8) 社会的引きこもり：故意に他人との接触を避ける。グループ活動に入らない。
- 9) 孤立：ほとんど友達がいらない。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 = 明らかな問題点あり

## 6. 衝動コントロール

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

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。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、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。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。

評価：0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らかな問題点あり

## 「対人関係的要素」

### 7. 共感性

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、罪責感の形成を困難にする。反対に高い共感性は他害行為の抑止力となる。

この項目は基本的な対人関係における情性の欠如や他者への共感性の欠如を評価する。他者の感情を理解することができず、自分の行為が相手にどのような影響を及ぼすか理解できない。(例として広汎性発達障害に見られるような「こころの理論」の問題)あるいは他者の感情や他者への影響を知的に理解することはできても配慮しない。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他者を傷つける。(例としてサイコパシー)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～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問題が認められるサイコパシーや明らかな広汎性発達障害の場合を2とし、他者の気持ちに対して一定の理解が出来る場合を1以下の評点とする。

評価：0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らかな問題点あり

## 8. 非社会性

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

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。非社会的態度と向犯罪的思考は典型的な一群のスキルの欠損を含み、可変的な要因とみなされる。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。

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

下記項目があれば1点以上の評価となる。頻度、程度が甚だしければ2点とする。

- 6) 故意に器物を破損する。
- 7) 犯罪にかかわる交友関係：しばしばトラブルを起こしたり犯罪行為をしていることが疑われるものつきあう。
- 8) 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。
- 9) 放火の兆し：これは行動と言葉を含む。ほんのわずかな証拠も含む。

評価：0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らかな問題点あり

## 9. 対人暴力

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

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。

評価：0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らかな問題点あり

最後に観察された日付（            ）

## 「環境的要素」

### 10. 個人的支援

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え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。

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層化の両面から評価する。

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)～物質的、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。

上記2面を考慮し、援助的なサポートが存在する場合は存在する場合には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。この項目では個人支援があり、全体として対象者にとって害より益の方が多いと考えられるときには0点と評価される。

評価：0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らかな問題点あり

### 11. コミュニティ要因

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。

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。

評価：0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らかな問題点あり

## 12. ストレス

ストレスは対象者を不安定にし、リスクにつながる。ストレスは その引き金となるストレッサー、および 対象者のストレス対処能力、 ストレッサーについての周囲からの援助の3点によって決定される。

ストレッサーは対象者の背景に関連して生じてくる脅威であり、対象者に何らかの対処を迫る圧力である。ここでストレッサーの大きさについて評価する。なお新たな被害者になりうる人物の存在、あるいは近親者との葛藤もこの項目で評価される。

ストレッサーに対し対象者は課題解決型、感情焦点型、回避行動型の3種の対処行動を行うが、これらの対処行動を行う能力によって対象者が感じるストレスの大きさは異なる。

ストレッサーについての周囲からの援助とは、対象者がストレッサーに遭遇したときに対象者の対処を助けストレスを緩和する、援助をさす。

ストレスは上記 ~ のバランスの結果生じてくるものである。この項目では、退院後想定される状況での上記 ~ を評価し、その結果予想されるストレスの大きさを評定する。

評価：0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らかな問題点あり

## 13. 物質乱用

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、薬物依存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。

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点以上の評定となり、物質問題の否認があれば2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

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

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

ね、その実現可能性を判断して評価する。以下の項目をガイドラインにして、評価する。

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

評価：0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らかな問題点あり

## 「治療的要素」

### 15. コンプライアンス

治療可能性という用語が広まりつつあるが、実際的には治療可能性は相対的な概念で、判断の主体によって大きく変わりやすい。治療可能性の概念は下位概念へと分割して判断する方が望ましい。治療反応性は治療へのモチベーションと準備性、治療コンプライアンスと参加、治療の効果、治療効果の般化の4段階に分割できる(Webster, et als.,2001)。この項目では前半の2段階、治療へのモチベーションと準備性、ならびに治療コンプライアンスと参加との両者を評価する。すなわち治療への意欲があり、かつ同意して治療を進めていけるかがここでの判断となる。

この項目では治療へのモチベーションとコンプライアンスを評価する。要素的には以下のような項目にそって検討される。(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)。鑑定など治療開始前の評価時には、病識および自ら治療を求める態度が参考にされ、これらがなければ2点と評定する。

評価：0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らかな問題点あり

### 16. 治療効果

コンプライアンスの項目で述べた治療反応性の後半2段階、治療の効果とその般化がここで評価される。これはコンプライアンスが、対象者の意思を評価するのに対し、治療効果は薬剤が十分に反応するか、心理的アプローチが学習あるいは般化されるかが評価の対象になる。ここでは治療抵抗性の統合失調症における薬剤への反応の乏しさ、知的障害による学習困難、広汎性発達障害による般化の困難などが問題として予想される。

この項目は、治療抵抗性のうち治療効果(治療で得られるものと治療の般化)を評価する。要素的には下記項目にそって検討され、治療遂行上の困難が明らかであれば2点と評価される。(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）加えて、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。鑑定時など治療開始前の評価に際しては、治療効果は未来の予測を含むため、一般精神科診断に基づく治療効果の予測が適用される。

評価：0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らかな問題点あり

## 17. 治療・ケアの継続性

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

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る。鑑定など治療開始前の評価時には、病識および自ら治療を求める態度が参考にされ、これらがなければ2点と評定する。

- 1) 治療同盟 - 治療同盟を築き、積極的に患者を治療プロセスに導入する
- 2) 予防 - コンプライアンスを阻止あるいは邪魔する可能性のあるものを査定し、プランを立てる（治療を継続することを阻害し得るものを、それが起こる前に同定し、その阻害要因に打ち勝つ戦略を形成する）
- 3) モニター - 治療継続を行えるように治療者は、関係機関と情報を共有し、モニターの戦略を立てる
- 4) 対象者がセルフモニタリングについて自覚し、そのことに関して周囲の助言をきくことができるか
- 5) 対象者の症状悪化、もしくは不安要因はどういったことなのかを治療者と十分話し合い、緊急時の対応が合意されている

評価：0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らかな問題点あり

## 個別項目

この項目は、共通評価項目以外を対象者の社会復帰と治療及びケアにとって必要な固有な項目を挙げる。また対象者の他害行為に関連して疾病として治療や介入を要する要因を、ひろく生物学的、心理学的、社会的に検討し、最も重要と思われる事項を3項目選択する。選択項目は大きく分けると、第1にリスクアセスメントとリスクマネジメント（何によって阻止できるか）を考慮して決定される。第2に治療及びケアにとって重要とされる項目を選択する。第3に社会復帰にとって重要な意味を持つ項目を選択する。暴力リスクのある場合は暴力リスクの性質の検討がまずなされる。暴力リスクは多様な側面を持った構成概念であることを踏まえて検討する。

## 共通評価項目から対処への架け橋 対象者の治療課題のシナリオを作る

共通評価項目はそれに続く、評価に対する対処計画（マネジメント、プランニング）を必要とする。マネジメントを計画するためには対象者の治療課題や問題点を全体として把握し整理する必要が求められる。対象者の治療課題のシナリオは下記の手順で作成される。

- 1) 性質：どんな種類の問題（例えば暴力）が起こるか？

- 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？

さらに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。考慮される文脈は下記の指針により検討される。

- 1) 危険の同定(どの事態が起こるか?)
- 2) 危険の頻度(どのくらいの頻度で起こるか?)
- 3) さらされるシナリオ(どの状況下で起こるか?)
- 4) リスクを特徴付ける(条件があるか?)
- 5) リスクマネジメント(何によって阻止できるか?)

こうした指針による検討は多職種チームにより決定される。治療課題や問題点は共通評価の17項目を具体的、個別的に決定される。例えば1)当該行為時と同じ妄想、2)適切な援助者の欠如、3)退院後想定される環境での対処技術(具体的に同定する)の欠如、4)退院後の物質乱用への脆弱性、などが想定される。