入院処遇ガイドライン

2019 年 3 月 5 日改正
2019 年 4 月 1 日施行

入院処遇ガイドライン
目次

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

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

Ⅲ　指定入院医療機関におけるステージ分類と治療内容
　１　急性期
　２　回復期
　３　社会復帰期
　※薬剤師業務の概要
　４　クリティカルパスから外れた経過を辿る入院対象者に対する取扱い

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

Ⅴ　その他の留意事項

１　治療行為に対する同意が得られない場合の対応

別添：治療行為に係る説明と同意に関するフローチャート

２　個別医療行為の留意事項

１）電気痙攣療法

２）持続性注射製剤（デポ剤）の使用

３）身体合併症への対応

４）退院前訪問指導

Ⅵ　処遇・治療及び評価等のデータ集積とガイドラインの見直し

別添：急性期クリティカルパス（イメージ）

別添：回復期クリティカルパス（イメージ）

別添：社会復帰期クリティカルパス（イメージ）

別添：新病棟　対象者別一週間の治療プログラムのイメージ

別添：改訂版共通評価項目の解説とアンカーポイント

Ⅰ　総論

1　医療観察法における入院処遇の位置づけと目標・理念

1）入院処遇の位置づけ

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

2）入院処遇の目標・理念

（1）ノーマライゼーションの観点も踏まえた入院対象者の社会復帰の早期実現
○　継続的かつ適切な医療を提供し、様々な問題を前向きに解決する意欲や社会で安定して生活する能力（必要な医療を自律的に求めることも含む。）を高める。
○　他害行為について認識し、自ら防止できる力を獲得する。
○　被害者に対する共感性を養う。

（2）標準化された臨床データの蓄積に基づく多職種のチームによる医療提供
○　関係法令等を遵守しつつ、入院前や入院後の観察・評価に基づき、継続的・計画的に医療を提供する。
○　入院対象者の病状把握のための観察・評価を継続的に実施する。
○　入院対象者の病状に応じて、適切な危機介入を行う。

（3）プライバシー等の人権に配慮しつつ透明性の高い医療を提供
○　治療内容について入院対象者及び家族に対して十分な説明を行う。
○　懲罰的に医療を行っているものと誤解を受けないよう、適切な治療法を選択する。
○　地元自治体等の要請に対して、必要な情報提供を行う。

2　新病棟の役割と運営方針

1）新病棟の役割

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

2）新病棟の運営方針

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

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

入院から退院までの治療の流れ

入院

治療の目標は対象者の社会復帰（おおむね18ヵ月以内の退院を目指す）
- 病状の改善と継続的かつ適切な医療の確保
- 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を高める
- 他害行為の問題を認識し自ら防止できる力を高める
- 被害者に対する共感性を養う

入院期間を３期に分けて目標を設定し、定期的評価に基づき治療を計画的に行なう

入院時初期評価

入院対象者の情報収集（家族歴・生育歴・生活歴等）
家族情報・地域情報の収集

急性期医療

治療目標：12週（３ヵ月）以内に回復期へ移行
- 病的体験・精神状態の改善
- 身体的回復と精神的安定
- 治療への動機付けの確認
- 対象者との信頼関係の構築

治療計画・治療内容（クリティカルパス）、評価項目：問題点分析、改善度の評価
個別の留意事項

回復期医療

治療目標：36週（９ヵ月）以内に社会復帰期へ移行
- 病識の獲得と自己コントロール能力の獲得
- 治療プログラムへの参加による日常生活能力の回復
- 病状の安定により院内散歩、院外外出ができる

治療計画・治療内容（クリティカルパス）、評価項目：問題点分析、改善度の評価
個別の留意事項

社会復帰期医療

治療目標：24週（６ヵ月）以内で退院
- 病状の安定により院外外出と外泊ができる
- 治療プログラムへの参加による障害の受容
- 社会生活能力（服薬管理、金銭管理等）の回復と社会参加の準備

治療計画・治療内容（クリティカルパス）、評価項目：問題点分析、改善度の評価
個別の留意事項

退院許可申立て

入院治療終了の評価と退院の準備

① 病状が安定している
病状が改善し、社会復帰期において一定期間病状の再発がみられない

② 必要な医療を自律的に求めることが可能である
退院後、継続的な治療（通院、訪問看護等）が安定して実施できる
退院後、服薬管理、金銭管理等の社会生活能力が確保されている。

③ 適切な援助体制が整えられている
退院後、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も地域における支援体制が確立している
従って、外来治療を継続することにより病状の再発の可能性が低い

退院決定

退院

Ⅱ　入院処遇の留意事項

１　医療の質や地域連携を確保する組織体制

新病棟に関しては、以下の会議を置くものとする。

○　新病棟外部評価会議

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

指定入院医療機関の管理者主催で年２回程度開催する。

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

○　新病棟運営会議

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

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

指定入院医療機関の管理者の主催で１ヵ月に１回は開催する。

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

○　新病棟倫理会議

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

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

○　新病棟治療評価会議

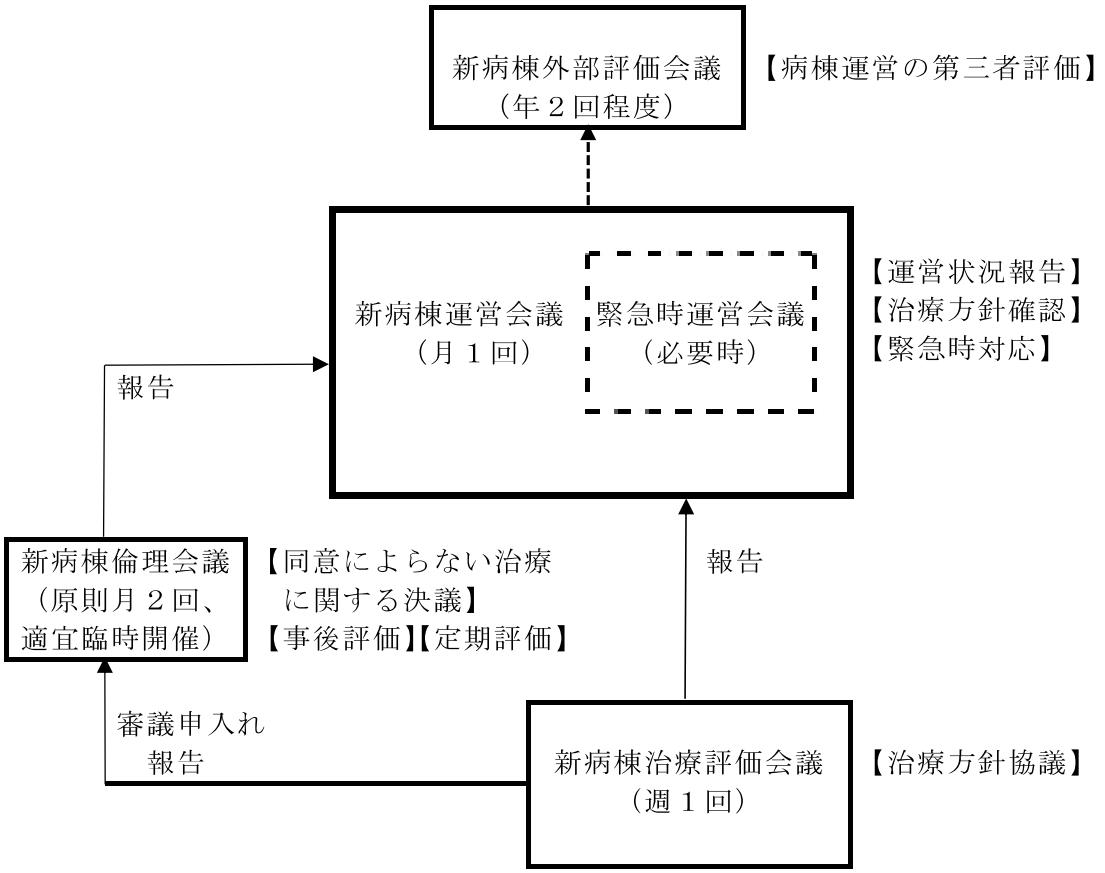
治療の効果を判定するために定期的に入院対象者の評価を行うための会議。

原則として週１回開催する。

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

また、必要に応じ、対象者本人も参加する。

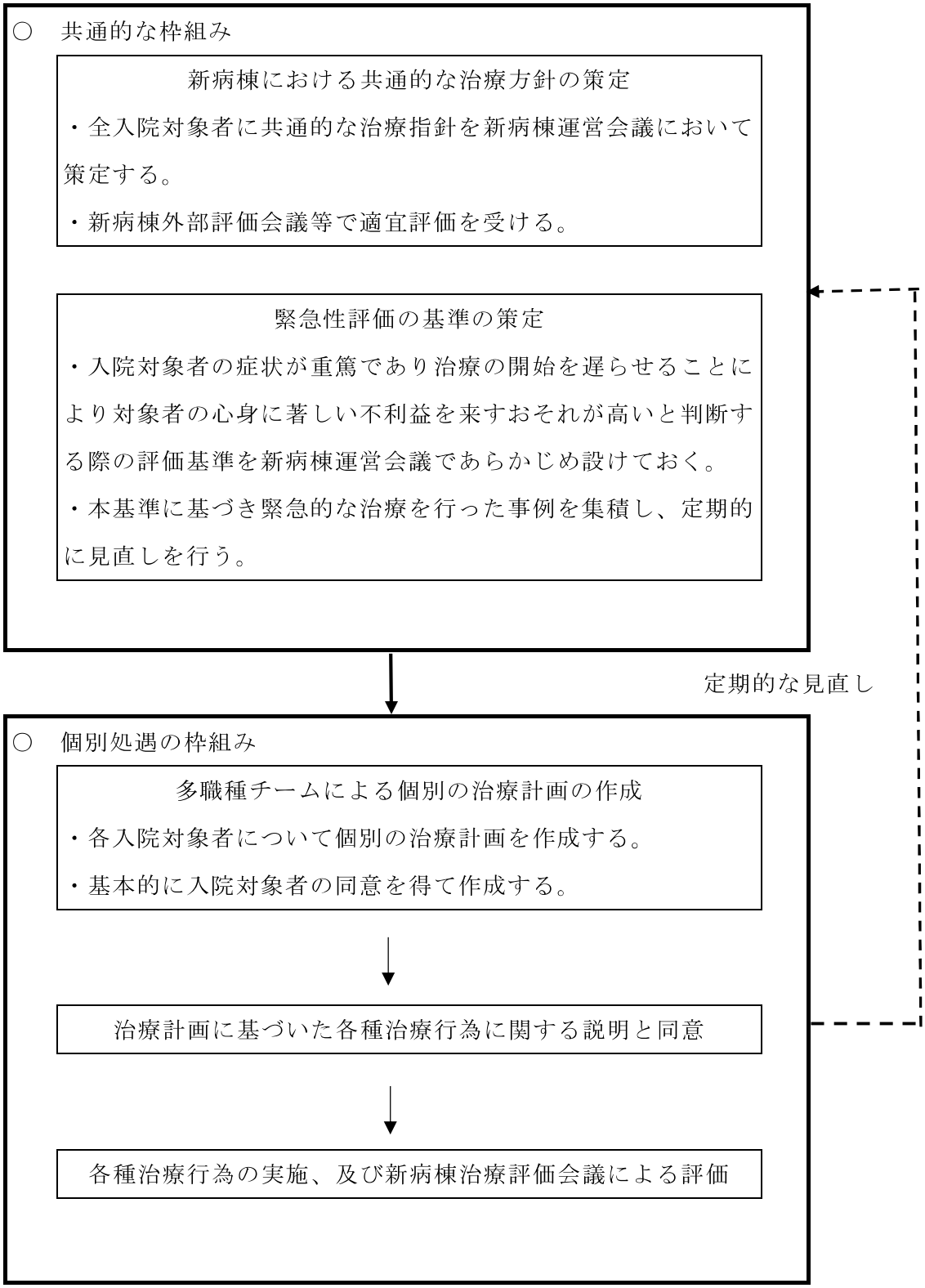
新病棟における各種会議の位置づけ



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

2　治療方針の決定

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



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

３　治療プログラム

１）多職種チームによる個別の治療計画の策定と実施

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

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

２）精神疾患に係る薬物療法

精神疾患に係る薬物療法については、以下を基準とする。

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

３）外出・外泊等の実施

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

（外出・外泊等の種類）
本ガイドライン上では、外出・外泊等とは以下の３種をいう。
○　院内散歩（指定入院医療機関内で新病棟外への散歩）：回復期より開始
○　院外外出（指定入院医療機関外への外出）：回復期より開始
○　外泊：社会復帰期より開始

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

（外出・外泊等の開始）
○　多職種チームにおいて入院対象者の外出・外泊等計画を作成する。

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

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

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

（外泊）
外出・外泊等計画に基づき、入院対象者が退院後の居住予定地等において医学的管理下により行い、終了時には、当該外泊に係る評価を十分に行う。
外泊を行うに当たっては、あらかじめ、居住地保護観察所にその旨を連絡する。外泊の終了時においても居住地保護観察所にその旨を連絡する。
外泊の実施に際しては、地域の社会復帰調整官及び精神保健福祉関係者との連絡を密接に取るとともに、必要に応じて、地域の社会復帰調整官と相談しつつ、当該地域の指定通院医療機関を試験的に受診するなど、諸機関との関係構築にも配慮する。

４　治療評価と記録

１）継続的な評価

日常的評価及び前述した各種会議の他､評価に係る標準的なパターンは次の通りとする。
○　毎週１度（例えば月曜日）、多職種チームで評価を行い、治療プログラムを計画する。
○　毎月１度、多職種チームで評価を行い、翌月の治療プログラムを計画する。
○　３ヵ月に１度、多職種チームで評価を行い、翌３ヵ月の治療プログラムを計画する。
○　６ヵ月ごとに、多職種チームで治療の継続の必要性について評価を行い、入院医療の必要性があると判断されれば入院継続の確認の申立てを、必要性が認められなければ退院の許可の申立てを行うよう、指定入院医療機関の管理者に申入れをする。
○　入院期間が 18 ヵ月を超えるような場合には、１ヵ月～３ヵ月の頻度で入院継続の必要性に関する評価を行い、入院医療の必要性が認められなくなれば、退院の許可の申立てを行うよう、指定入院医療機関の管理者に申入れをする。

２）改訂版共通評価項目

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

改訂版共通評価項目

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

３）記録等の標準化

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

「対象者の入院時に整備すべき情報（これらの情報を網羅した様式を「入院時基本情報管理シート」とする。）」
・個人情報
　入院対象者：氏名・生年月日・入院時年齢・性別・居住地及び電話連絡先・本籍
　保護者：氏名・選任状況・続柄・生年月日・住所・電話連絡先
・社会福祉・保険関係

健康保険：種別・保険者番号
障害年金：取得の有無・種別
生活保護：取得の有無・担当者
・管理情報
保護観察所：担当保護観察所名・社会復帰調整官名
指定入院医療機関：名称・入院年月日・管理者名・担当医師名・担当精神保健福祉士名・担当看護師名・担当臨床心理技術者名・担当作業療法士名
指定通院医療機関（該当時）：名称・管理者名・担当医師名
・法的情報
当該対象行為：行為名・発生年月日
刑事手続：起訴の有無・判決・刑事責任能力判定結果
審判手続：審判裁判所名・裁判官名・精神保健審判員名・精神保健参与員名
・診療情報
疾患に関する情報：主診断名及び ICD コード・副診断名及び ICD コード・身体疾患の有無及びその内容
禁忌に関する情報：アレルギーの有無及び内容・その他禁忌事項
精神科現病歴関連：主訴・現病歴・家族歴・生活歴・治療歴・初診時現症・検査所見
ICF を用いた評価
入院時における改訂版共通評価項目：４カテゴリー19 項目・合計点・個別評価（別添参照）
・入院時における治療方針

「新病棟治療評価会議において整理すべき情報（これらの情報を網羅した様式を「新病棟治療評価会議シート」とする。）」
・基本情報
入院対象者：氏名・年齢・性別
保護観察所：担当保護観察所名・社会復帰調整官名
指定入院医療機関：名称・入院年月日・管理者名・担当医師名・担当精神保健福祉士名・担当看護師名・担当臨床心理技術者名・担当作業療法士名
・診療情報
観察所見
治療内容：多職種チームによる治療的活動とその効果
行動制限：身体的拘束の合計時間・隔離の合計時間
活動範囲：院内散歩回数・院外外出回数・外泊日数
薬物・身体療法：薬物療法の内容とその効果・mECT 実施回数とその効果
特記事項
評価時における改訂版共通評価項目：４カテゴリー19 項目・合計点・個別評価（別添参照）
・総括
一週間の要約
目標
・今後の治療方針

「新病棟運営会議において整理すべき情報（これらの情報を網羅した様式を「新病棟運営会議シート」とする。）」
・基本情報
入院対象者：氏名・年齢・性別
保護観察所：担当保護観察所名・社会復帰調整官名

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

・診療情報

観察所見

治療内容：多職種チームによる治療的活動とその効果

行動制限：身体的拘束・隔離の状況

活動範囲：院内散歩・院外外出・外泊の状況

薬物・身体療法：薬物療法の内容とその効果・mECT 実施回数とその効果

特記事項

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

・診療行為に関する症状詳記

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

・総括

一ヵ月の要約

目標到達度：治療ステージによる目標設定とその到達度

決議事項：外出泊開始や治療ステージ移行の決定の有無とその理由

・今後の治療方針

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

・個人情報

入院対象者：氏名・生年月日・年齢・性別

保護者：氏名・選任状況・続柄・生年月日・住所・電話連絡先

・社会福祉・保険関係

健康保険：種別・保険者番号

障害年金：取得の有無・種別

生活保護：取得の有無・担当者

・管理情報

保護観察所：担当保護観察所名・社会復帰調整官名

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

・診療情報

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

禁忌に関する情報：アレルギーの有無及び内容・その他禁忌事項

精神科現病歴関連：主訴・現病歴・治療経過・直近現症・直近検査所見

ICF を用いた評価

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

・今後の方針

今後の治療方針

今後の課題

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

・個人情報

入院対象者：氏名・生年月日・年齢・性別・退院後居住地及び電話連絡先

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

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

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

5　その他

1）医療情報の取扱い

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

２）通院処遇との連携確保

○　指定入院医療機関は、社会復帰期の外泊に際して指定通院医療機関の候補に必要な情報を提供し、また、退院後においても、指定通院医療機関に対し必要な情報を提供する。
○　地方厚生局から、調整先の指定通院医療機関の連絡があった場合には、指定入院医療機関から当該指定通院医療機関に対し、対象者の「入院時基本情報管理シート」「直近半年間の診療及び病状経過の要約」「退院前情報管理シート」及び当該の「新病棟治療評価会議シート」「新病棟運営会議シート」のそれぞれ写しを渡す。また必要に応じ、地域の社会復帰調整官と相談の上、入院対象者の外泊中に当該指定通院医療機関を試験的に受診させる等、関係機関との連携に努める。

Ⅲ　指定入院医療機関におけるステージ分類と治療内容

1　急性期

（治療目標；12 週以内に回復期へ移行）
○　初期評価と初期の治療計画の作成
○　病的体験・精神状態の改善
○　身体的回復と精神的安定
○　入院対象者との信頼関係の構築
○　治療への動機付けの確認
○　その他

（標準的なクリティカルパスのイメージ）
（別紙）

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

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

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

の体験に基づいた話をすることにより、急性期固有の課題を明らかにし克服していく治療プログラムである。
（回復期ミーティングは、主に作業療法士と看護師、社会復帰ミーティングは主に精神保健福祉士と看護師が司会進行を担当し、急性期ミーティングと同様の目的・内容により行う。）

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

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

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

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

２　回復期

（治療目標；36 週（通算 48 週）以内に社会復帰期へ移行）
○　日常生活能力の回復
○　病識の獲得と自己コントロール能力の獲得
○　評価に基づき計画された多職種チームによる多様な治療
○　病状の安定による外出の実施
○　その他

（標準的なクリティカルパスのイメージ）
（別紙）

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

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

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

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

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

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

３　社会復帰期

（治療目標；24 週（通算 72 週）以内に退院）
○　社会生活能力（服薬管理、金銭管理等）の回復と安定
○　社会復帰の計画に沿ったケアの実施
○　継続的な病状の安定による外泊の実施
○　その他

（標準的なクリティカルパスのイメージ）
（別紙）

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

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

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

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

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

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

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

※薬剤師業務の概要

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

１．急性期
・病歴・薬歴・家族歴・生育歴等の情報収集
・薬物療法計画作成に対する支援（向精神薬以外の身体合併症治療に用いる薬剤に関する情報提供も含む。）
・予測される効果と副作用（過鎮静、錐体外路症状等）のチェック
・薬歴管理による重複投与、相互作用、禁忌等のチェック
・医療スタッフへの情報提供
・対象者への服薬指導
２．回復期
・薬物療法のチェック（多剤併用、大量療法：力価換算等）
・抗パーキンソン薬・ベンゾジアゼピン系薬等の継続に関するチェック
・効果の継続に関する問題点（自覚的薬物体験）のチェック
・服薬指導
３．社会復帰期
・服薬の継続に必要な知識の提供
・自己管理に向けた支援
・デポ剤に関する情報提供
・退院時処方に関する薬学的チェック
・服薬指導

４　クリティカルパスから外れた経過を辿る入院対象者に関する取扱い

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

Ⅳ　入院中の評価の留意事項

１　入院時の初期基本評価

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

２　各期の到達目標

１）急性期の到達目標

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

２）回復期の到達目標

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

３）社会復帰期の到達目標

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

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

３　審判申立て時の評価項目

１）退院の許可の申立て時

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

２）入院継続の確認の申立て時

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

Ⅴ　その他の留意事項

1　治療行為に対する同意が得られない場合の対応

○　治療の基本的な考え方

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

○　同意によらない治療を開始する場合の対応

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

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

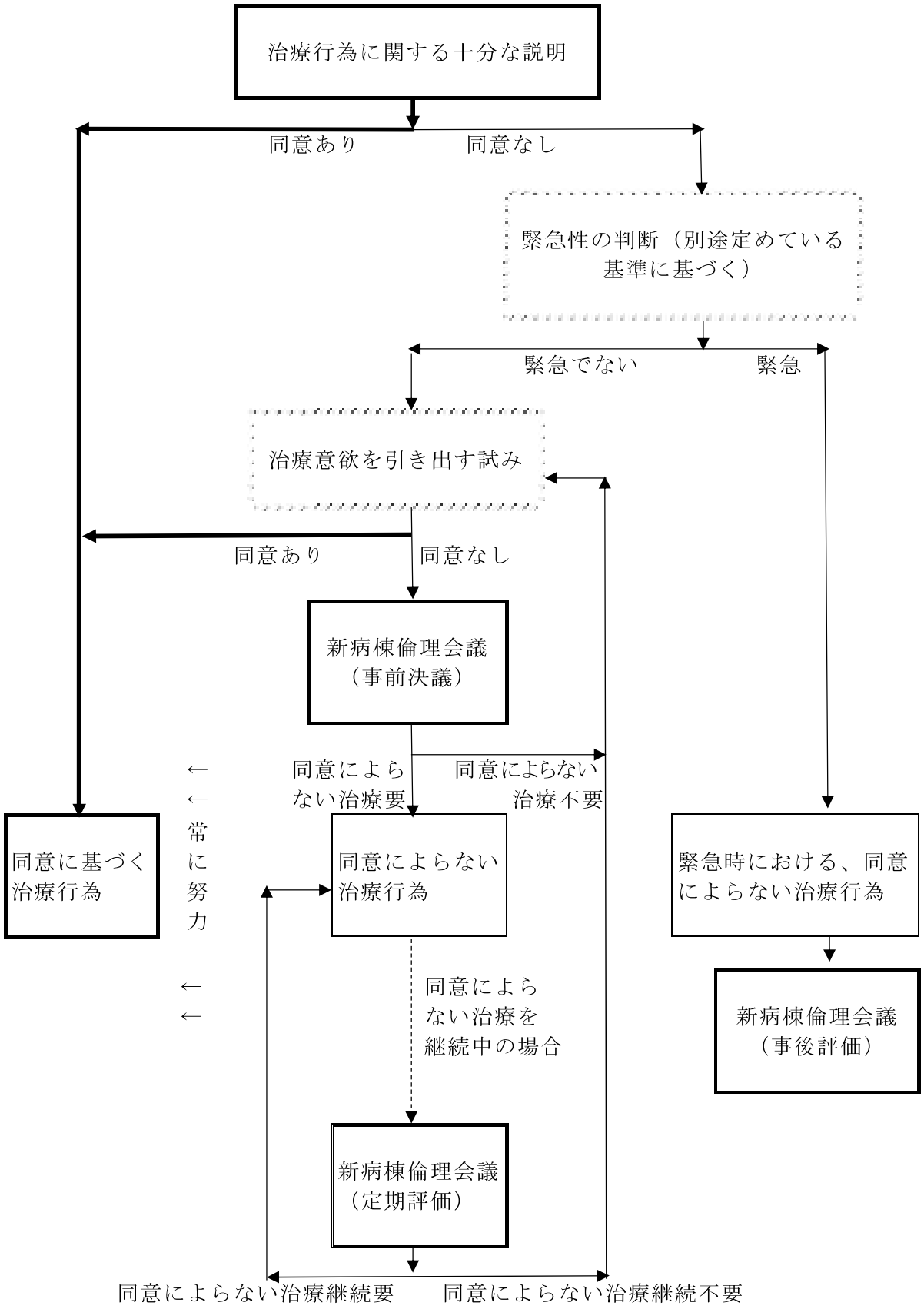
○　同意によらない治療行為を継続する場合の対応

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

○　緊急時の対応

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

治療行為に係る説明と同意に関するフローチャート



２　個別医療行為の留意事項

１）電気痙攣療法

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

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

２）持続性注射製剤（デポ剤）の使用

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

３）身体合併症への対応

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

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

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

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

４）退院前訪問指導

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

Ⅵ　処遇・治療及び評価等のデータ集積とガイドラインの見直し

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

急性期クリティカルパス（イメージ）

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

※　個別の治療行為等については、対象者の病状により必要に応じて行う。

回復期クリティカルパス（イメージ）

	1～3週目（通算13～15週）	4～9週目（通算16～21週）	10～18週目（通算22～30週）	19～24週目（通算31～36週）	25～36週目（通算37～48週）
本人の目安	自分の病気について考える 外出について考える 生活のリズムをつかむ	薬について考える 社会生活（金銭管理含む）の練習をする 病棟の外に出てみる	自分の気持ちを考える 自分のことを人の前で話せる 相手の気持ちを考える	人との付き合い方を考える 自分の気持ちをコントロールできる 相手の気持ちが理解できる	自分にできることや自分の良さを見つける 病院の外に出てみる 自分の将来について考える
評価・治療検討	基本評価の見直し、回復期治療方針の決定、改善度評価・院内散歩の可能性、治療プログラムの選定及び実施、薬物療法（維持療法）の評価、本人家族への病状及び治療計画の説明、 診察は週2回	症状改善の評価及び治療内容の見直し、外出に伴う変化に対応 治療プログラム〈個別精神療法・集団精神療法・心理療法〉の実施 服薬指導	改善されない症状の検討・問題点の整理、病識等評価 治療プログラム〈個別精神療法・集団精神療法・心理療法〉の実施 服薬コンプライアンスの確認 入院継続の裁判所への申し立て	服薬の自己管理に伴う症状の変化に対応 服薬指導、個別精神療法の強化	回復期治療の評価及び改善されない症状の検討・問題点の整理そして社会復帰導入への検討 外泊の可能性の評価 家族面接治療の現状と今後の方針の説明 入院継続の裁判所への申し立て
検査	血液検査1／月、ECG1／3月 薬物血中濃度1／月	→	→	→	→
心理検査	さらなる情報収集 （投影法・質問紙法） 病識尺度を使用した評価	不安・抑うつ・衝動性及び自尊心、自己効力感のアセスメント	知能検査 病識尺度を使用した評価	不安・抑うつ・衝動性及び自尊心、自己効力感のアセスメント	 病識尺度を使用した評価
多職種チーム	プログラム参加状況の評価及び外出可能性の検討 回復期ミーティングの実施	集団・個別治療プログラムの実施及び評価、外出に同伴する	外出の実施による状態の変化に対応、生活の自立度及び病識や治療動機付け等の確認	服薬の自己管理に伴う変化の観察及び介入、治療プログラムの実施	集団・個別治療プログラムの実施及び評価、社会復帰期への移行可能性の検討
看護活動	身体管理・精神症状観察と関連要因の検討、言語的コミュニケーションによる表現能力の回復、 対象者の日常生活能力評価 看護面接・看護ケア計画の作成	身体管理・精神症状観察と関連要因の検討、対人関係の改善に向けた援助、外出に向けた援助 日常生活能力回復に向けた援助 自己対処能力の評価 看護面接・看護ケア計画の作成	身体管理・精神症状観察と関連要因の検討、日常生活能力回復に向けた援助、自己対処能力回復に向けた援助、外出に向けた援助 看護面接・看護ケア計画の作成	身体管理・精神症状観察と関連要因の検討、自己対処能力回復に向けた援助、外出に向けた援助 看護面接・看護ケア計画の作成	身体管理・精神症状観察と関連要因の検討 看護面接・看護ケア計画の作成 社会復帰期移行可能性について評価する
作業療法	成功体験を積み重ねて達成感を獲得する活動 体力を回復する活動	具体的な体験を通してコミュニケーションができる活動 社会生活技能を練習する活動	集中力を高める活動 持続力を高める活動	職業準備訓練 社会生活技能を身につける活動（買い物・調理・掃除など）	長期的な計画や複雑な工程の作業活動 他者との共同作業
心理教育	医学講座（疾患教育）	→	病状の再発防止プログラム	→	→
精神療法	患者集団で体験を共有し、共感性を高め洞察を深め、コミュニケーション能力を高める				
	集団で体験を共有する	共感性を高める		役割追行能力を高める	自己洞察を高める
認知行動療法	疾病教育を通して病識を深める。疾病の自己管理能力を獲得する教育プログラムの実施。感情抑制の方法の習得				
	喜怒哀楽の感情コントロールができる	感情の表現をコントロールできる	怒りや攻撃性の表現をコントロールできる		自らの考え方の特徴を理解し自己理解を促進する
レクリエーション	毎週実施（週1回定例）	→	→	→	→
全体ミーティング	毎週実施（週1回定例）	→	→	→	→
ソーシャルワーク業務	家族・関係者の調整、 外出プログラムの作成と社会復帰調整官との協議 社会復帰・福祉関連の知識・手続き方法等の習得を援助する。	家族・関係者の調整、 外出に伴うSSTを企画実施 →	家族・関係者の調整、 外出に伴うSSTを企画実施 外出に同伴し生活技能について評価する →	家族・関係者の調整 外出に同伴し外出の効果について評価し、課題を提示する →	家族・関係者の調整 居住予定地の社会復帰調整官の情報から、社会資源について対象者に伝え、自己決定を援助する →
外出	外出計画	院内散歩週1回	院内散歩週2～3回	院内散歩週3回	院内2回・院外1回
家族調整	家族面接・家族教室				

※　個別の治療行為等については、対象者の病状により必要に応じて行う。

社会復帰期クリティカルパス（イメージ）

	1～6週目（通算49～54週）	7～12週目（通算55～60週）	13・14週目（通算61・62週）	15～19週目（通算63～67週）	20～24週目（通算68～72週）
本人の目安	健康で安全な生活をイメージできる 服薬の自己管理ができる 他人の痛みがわかる	家族や援助者との関係を考える 病状の再発の兆候を理解する 援助の求め方がわかる	社会資源を使ってみる 退院先に行ってみる 地域の関係者と知り合う	退院先での生活に慣れる 地域の関係者となじむ 退院後の生活を計画する	社会生活に自信をもつ 退院に向けた具体的な準備をする
評価・治療検討	基本評価の見直し、社会復帰期治療方針の決定、改善度評価・外泊の可能性評価、治療プログラムの選定及び実施、薬物療法の評価 本人家族への病状及び治療計画の説明 診察は週2回	薬物療法の維持療法への移行、評価、副作用のチェック 症状改善の評価及び治療内容の見直し、外泊プログラムの検討の策定、治療プログラムの実施、社会資源状況の評価 入院継続の裁判所への申し立て	外泊の実施 症状改善の評価及び治療内容の見直し、外泊に伴う変化に対応 治療プログラム〈個別精神療法・集団精神療法・心理療法〉の実施 家族面接〈外泊評価〉	外泊に伴う変化に対応、薬物療法の評価、退院後活用する社会資源について社会復帰調整官と情報交換 退院に向けての評価、再発の可能性評価	社会復帰調整官との退院後処遇について情報交換 退院後指定通院医療機関との情報交換 退院申請報告書の作成 リスクアセスメント 裁判所への退院の申し立て
検査	血液検査1／月 ECG1／3月	血液検査1／月 ECG1／3月	血液検査1／月 ECG1／3月	血液検査1／月 ECG1／3月	血液検査1／月 ECG1／3月
心理検査	心理検査・病識尺度評価	自尊心自己効力感アセスメント	心理検査（退院準備）	病識尺度評価	
多職種チーム	外泊に向けた準備及び外泊プログラムの検討 社会復帰ミーティングの実施	病識の確認、生活技能と評価、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する障害福祉サービスを行う事業所等の訪問に同伴する	試験外泊に同伴、社会生活上の課題の洗い出しと治療プログラムの再検討	社会復帰調整官及び通院医療機関等との情報交換、 家族の受け入れ状況の確認	社会生活上の課題克服について評価し退院可能性について検討
看護活動	言語的コミュニケーションによる表現の能力回復に基づく人間関係の改善、日常生活に自立に向けた援助 服薬の自己管理の評価及び指導 看護面接・看護ケア計画の作成	外泊準備及び外泊に対する不安への対応、多様な治療プログラムへの導入と観察及びプログラム後の個別フォロー 看護面接・看護ケア計画の作成	試験外泊に同伴し、課題の洗い出しを行う 課題への対応をチームで検討具体策を明示する 看護面接・看護ケア計画の作成	外泊時訪問観察を行い、日常生活維持可能性について評価する 退院後の生活について本人ニーズの確認 看護面接・看護ケア計画の作成	服薬状況の確認、身体状況の確認 通院医療機関への情報提供（サマリー）の作成 外泊時訪問観察により課題の洗い出しと具体的対応策の明示 退院に向けた準備、不安への対応
作業療法	社会生活について自己管理する体験 職業適性検査（内）	就労準備作業 職業適性検査（外）	退院に向けた生活能力のアセスメントと課題の確認	生活能力に応じた課題の解決	具体的な生活に向けた安心感の提供
社会復帰講座	法律・制度・資源活用	→	→	→	→
精神療法	社会の中で自分らしく生きるためのイメージを養う。適切な自己表現ができる。				
	病状の再発の危険サインを理解する	対処法を学ぶ	社会の中で自分らしく生きるためのイメージに出会う	適応を促す	
認知行動療法	病状再発の危険サインの認識、対処行動の活用、適応の促進				
	将来起こるかもしれない問題への対処の仕方を学ぶ、適切な社会的スキルを身につける			対処行動の確認、自立した生活に対する自己効力感の向上	
レクリエーション	毎週実施（週2回定例）	→	→	→	→
全体ミーティング	毎週実施（週1回定例）	→	→	→	→
ソーシャルワーク業務	家族・関係者の調整 外泊に備え福祉施設等に同伴見学する 社会復帰・福祉関連の知識・手続き方法等の習得を援助する。	家族に外泊指導を行う 外泊プログラムの作成し、社会復帰調整官と協議する 外出に同伴し通院医療機関等訪問する →	退院受け入れに向けた家族調整の為対象者ニーズを確認する 外泊に同伴し、退院後の生活に向けた情報収集を行う →	家族・関係者の調整生活能力に応じ社会資源活用に関する課題を解決する。 社会復帰調整官が作成する処遇の実施計画作成への援助 →	家族・関係者の調整 退院に向けての社会生活・経済上の諸問題について解決を援助する。 → →
外出	週2回：1～2ｈ	週2回：3～4ｈ			
外泊		外泊計画	試験外泊	週1回：1～3泊訪問観察	5泊1回；7泊1回
家族調整	家族面接 家族教室	→ →	→ →	→ →	→ →
退院計画			退院準備	地域調整	退院の申立て・退院計画作成

新病棟　対象者別1週間の治療プログラムのイメージ

		外出回数合計	外出回数		外出時間		外泊日数	月		火		水		木		金		土		日	
			院内回数	院外回数	院内時間	院外時間		午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後
急性期	1週							入院時診察	オリエンテーション	オリエンテーション・心理面接（情報収集）	介助入浴	オリエンテーション	診察・支持的精神療法	血液検査・XP・CT	介助入浴	診察・支持的精神療法	本人・家族面談	スポーツ	介助入浴	音楽鑑賞	リラクゼーション
	2週							急性期M	診察	EEG・ECG	介助入浴	全体M	ボディーワーク	急性期OT	介助入浴	診察・支持的精神療法	教養講座	スポーツ	介助入浴	音楽鑑賞	リラクゼーション
	3週							急性期M	診察・支持的精神療法	診察・支持的精神療法	介助入浴	全体M	診察・支持的精神療法	心理面接(人格形成等聴取)	介助入浴	パラOT	本人・家族教室	スポーツ	介助入浴	音楽鑑賞	リラクゼーション
	4週							急性期M	診察・支持的精神療法	診察・支持的精神療法	介助入浴	全体M	ボディーワーク	急性期OT	介助入浴	1ヶ月評価の診察	教養講座	スポーツ	介助入浴	音楽鑑賞	リラクゼーション
	5週							急性期M	介助入浴	服薬心理教育	権利擁護・関連法規講座	全体M	介助入浴	血液検査（血中濃度等）	急性期OT	パラOT	介助入浴	スポーツ	本人・家族教室	音楽鑑賞	リラクゼーション
	6週							急性期M	医学講座	服薬心理教育	介助入浴	全体M	ボディーワーク	支持的精神療法	介助入浴	パラOT	教養講座	スポーツ	介助入浴	音楽鑑賞	リラクゼーション
	7週							急性期M	介助入浴	服薬心理教育	権利擁護・関連法規講座	全体M	介助入浴	支持的精神療法	急性期OT	パラOT	介助入浴	本人・家族教室	スポーツ	音楽鑑賞	リラクゼーション
	8週							急性期M	医学講座	服薬心理教育	介助入浴	全体M	ボディーワーク	支持的精神療法	介助入浴	1ヶ月評価の診察	教養講座	スポーツ	介助入浴	音楽鑑賞	リラクゼーション
	9週							急性期M	介助入浴	服薬心理教育	権利擁護・関連法規講座	全体M	介助入浴	血液検査（血中濃度等）	急性期OT	パラOT	介助入浴	スポーツ	本人・家族教室	音楽鑑賞	リラクゼーション
	10週							急性期M	医学講座	服薬心理教育	介助入浴	全体M	医師急性期治療評価診察	支持的精神療法	介助入浴	パラOT	教養講座	スポーツ	介助入浴	音楽鑑賞	リラクゼーション
	11週							急性期M	介助入浴	服薬心理教育	権利擁護・関連法規講座	全体M	介助入浴	支持的精神療法	急性期OT	パラOT	介助入浴	本人・家族教室	スポーツ	音楽鑑賞	リラクゼーション
	12週							急性期M	医学講座	服薬心理教育	介助入浴	全体M	3ヶ月評価の診察	支持的精神療法	介助入浴	パラOT	教養講座	スポーツ	介助入浴	音楽鑑賞	リラクゼーション
回復期	13週	0						オリエンテーション	院内外出オリエンテーション	認知行動療法	芸術療法	全体M	ボディーワーク	生活技術講座	職業準備訓練	社会復帰講座	心理検査	スポーツ	本人・家族教室	教養講座	音楽鑑賞
	14週	0						回復期M	リラクゼーション	認知行動療法	芸術療法	全体M	ボディーワーク	生活技術講座	心理検査	社会復帰講座	ボディーワーク	スポーツ	スポーツ	教養講座	音楽鑑賞
	15週	0						回復期M	権利擁護・関連法規講座	認知行動療法	芸術療法	全体M	ボディーワーク	生活技術講座	職業準備訓練	社会復帰講座	心理検査	本人・家族教室	スポーツ	教養講座	音楽鑑賞
	16週	1	1		1			回復期M	院内外出	認知行動療法	芸術療法	全体M	1ヶ月評価の診察	生活技術講座	心理検査	社会復帰講座	ボディーワーク	スポーツ	スポーツ	教養講座	音楽鑑賞
	17週	1	1		1			回復期M	権利擁護・関連法規講座	認知行動療法	院内外出	全体M	ボディーワーク	生活技術講座	職業準備訓練	認知行動療法	ボディーワーク	スポーツ	本人・家族教室	教養講座	音楽鑑賞
	18週	1	1		1			回復期M	リラクゼーション	認知行動療法	芸術療法	全体M	院内散歩	生活技術講座	職業準備訓練	認知行動療法	ボディーワーク	スポーツ	スポーツ	教養講座	音楽鑑賞
	19週	1	1		1			回復期M	権利擁護・関連法規講座	認知行動療法	芸術療法	全体M	ボディーワーク	生活技術講座	院内散歩	認知行動療法	ボディーワーク	本人・家族教室	スポーツ	教養講座	音楽鑑賞
	20週	1	1		1			回復期M	リラクゼーション	認知行動療法	芸術療法	全体M	1ヶ月評価の診察	生活技術講座	職業準備訓練	認知行動療法	院内散歩	スポーツ	スポーツ	教養講座	音楽鑑賞
	21週	1	1		1			回復期M	院内外出	パラOT	芸術療法	全体M	ボディーワーク	生活技術講座	職業準備訓練	認知行動療法	ボディーワーク	スポーツ	本人・家族教室	教養講座	音楽鑑賞
	22週	2	2		1			回復期M	院内外出	パラOT	芸術療法	全体M	ボディーワーク	6ヶ月評価の診察	院内散歩	認知行動療法	ボディーワーク	スポーツ	スポーツ	教養講座	音楽鑑賞
	23週	2	2		1			回復期M	権利擁護・関連法規講座	パラOT	院内外出	全体M	ボディーワーク	生活技術講座	職業準備訓練	認知行動療法	院内散歩	本人・家族教室	スポーツ	教養講座	音楽鑑賞
	24週	2	2		1			回復期M	院内外出	パラOT	芸術療法	全体M	ボディーワーク	生活技術講座	院内散歩	認知行動療法	ボディーワーク	スポーツ	スポーツ	教養講座	音楽鑑賞
	25週	2	2		1			回復期M	リラクゼーション	認知行動療法	院内外出	全体M	ボディーワーク	生活技術講座	職業準備訓練	社会復帰講座	院内散歩	スポーツ	本人・家族教室	教養講座	音楽鑑賞
	26週	2	2		1			回復期M	院内外出	認知行動療法	芸術療法	全体M	ボディーワーク	生活技術講座	院内散歩	社会復帰講座	ボディーワーク	スポーツ	スポーツ	教養講座	音楽鑑賞
	27週	2	2		1			回復期M	リラクゼーション	認知行動療法	院内外出	全体M	ボディーワーク	生活技術講座	職業準備訓練	社会復帰講座	院内散歩	本人・家族教室	スポーツ	教養講座	音楽鑑賞
	28週	2	2		1			回復期M	院内外出	認知行動療法	芸術療法	全体M	1ヶ月評価の診察	生活技術講座	院内散歩	社会復帰講座	ボディーワーク	スポーツ	スポーツ	教養講座	音楽鑑賞
	29週	2	2		1			回復期M	院内外出	認知行動療法	院内外出	全体M	院内散歩	生活技術講座	職業準備訓練	認知行動療法	院内散歩	スポーツ	本人・家族教室	教養講座	音楽鑑賞
	30週	2	2		1			回復期M	リラクゼーション	認知行動療法	院内外出	全体M	服薬自己管理講座	生活技術講座	院内散歩	認知行動療法	ボディーワーク	院内散歩	スポーツ	教養講座	音楽鑑賞
	31週	2	2		1			回復期M	リラクゼーション	認知行動療法	健康教育	全体M	院内散歩	生活技術講座	職業準備訓練	認知行動療法	院内散歩	本人・家族教室	スポーツ	教養講座	音楽鑑賞
	32週	3	3		1			回復期M	リラクゼーション	認知行動療法	院内外出	全体M	服薬自己管理講座	1ヶ月評価の診察	院内散歩	認知行動療法	ボディーワーク	スポーツ	院内散歩	教養講座	音楽鑑賞
	33週	3	3		1			回復期M	院内外出	パラOT	健康教育	全体M	院内散歩	生活技術講座	職業準備訓練	認知行動療法	院内散歩	スポーツ	本人・家族教室	教養講座	音楽鑑賞
	34週	3	3		1			回復期M	リラクゼーション	パラOT	院内外出	全体M	服薬自己管理講座	生活技術講座	院内散歩	認知行動療法	ボディーワーク	院内散歩	スポーツ	教養講座	音楽鑑賞
	35週	3	3		1			回復期M	院内外出	パラOT	健康教育	全体M	院内散歩	生活技術講座	職業準備訓練	認知行動療法	院内散歩	スポーツ	本人・家族教室	教養講座	音楽鑑賞
	36週	3	3		1			回復期M	リラクゼーション	パラOT	院内外出	全体M	服薬自己管理講座	3ヶ月評価の診察	院内散歩	認知行動療法	ボディーワーク	スポーツ	院内散歩	教養講座	音楽鑑賞
	37週	3	2	1	2	2		回復期M	院内外出	認知行動療法	健康教育	全体M	院外外出	生活技術講座	職業準備訓練	社会復帰講座	院内散歩	本人・家族教室	スポーツ	教養講座	音楽鑑賞
	38週	3	2	1	2	2		回復期M	リラクゼーション	認知行動療法	院内外出	全体M	服薬自己管理講座	生活技術講座	院外外出	社会復帰講座	ボディーワーク	院内散歩	スポーツ	教養講座	音楽鑑賞
	39週	3	2	1	2	2		回復期M	院内外出	認知行動療法	健康教育	全体M	院外外出	生活技術講座	職業準備訓練	社会復帰講座	ボディーワーク	スポーツ	本人・家族教室	教養講座	音楽鑑賞
	40週	3	2	1	2	2		回復期M	リラクゼーション	認知行動療法	院内外出	全体M	服薬自己管理講座	生活技術講座	院外外出	社会復帰講座	院内散歩	院内散歩	スポーツ	教養講座	音楽鑑賞
	41週	3	2	1	2	3		回復期M	院内外出	認知行動療法	健康教育	全体M	院外外出	生活技術講座	職業準備訓練	認知行動療法	ボディーワーク	スポーツ	本人・家族教室	教養講座	音楽鑑賞
	42週	3	2	1	2	3		回復期M	リラクゼーション	認知行動療法	院内外出	全体M	服薬自己管理講座	1ヶ月評価の診察	院外外出	認知行動療法	院内散歩	スポーツ	院内散歩	教養講座	音楽鑑賞
	43週	3	2	1	2	3		回復期M	院内外出	認知行動療法	健康教育	全体M	院外外出	生活技術講座	職業準備訓練	認知行動療法	ボディーワーク	本人・家族教室	スポーツ	教養講座	音楽鑑賞
	44週	3	2	1	2	3		回復期M	リラクゼーション	認知行動療法	院内外出	全体M	服薬自己管理講座	生活技術講座	院外外出	認知行動療法	院内散歩	院内散歩	スポーツ	教養講座	音楽鑑賞
	45週	3	2	1	2	4		回復期M	院内外出	パラOT	健康教育	全体M	院外外出	生活技術講座	職業準備訓練	認知行動療法	ボディーワーク	スポーツ	本人・家族教室	教養講座	音楽鑑賞
	46週	3	2	1	2	4		回復期M	リラクゼーション	パラOT	院内外出	全体M	服薬自己管理講座	6ヶ月評価の診察	院外外出	認知行動療法	院内散歩	スポーツ	院内散歩	教養講座	音楽鑑賞
	47週	3	2	1	2	6		回復期M	院内外出	パラOT	健康教育	全体M	院外外出	生活技術講座	職業準備訓練	認知行動療法	ボディーワーク	本人・家族教室	スポーツ	教養講座	音楽鑑賞
	48週	3	2	1	2	6		回復期M	リラクゼーション	パラOT	院内外出	全体M	服薬自己管理講座	医師回復期治療評価診察	院外外出	認知行動療法	院内散歩	院内散歩	スポーツ	教養講座	音楽鑑賞
社会復帰期	49週	2		2		1		オリエンテーション	院外外出オリエンテーション	パラOT	生活技術講座	全体M	ボディーワーク	生活技術講座	院外外出	パラOT	教養講座	スポーツ	本人・家族教室	映画鑑賞	自己活動
	50週	2		2		1		社会復帰M	リラクゼーション	パラOT	院外外出	全体M	ボディーワーク	生活技術講座	就労準備講座	パラOT	院外外出	スポーツ	スポーツ	映画鑑賞	自己活動
	51週	2		2		1		社会復帰M	院外外出	パラOT	生活技術講座	全体M	ボディーワーク	生活技術講座	院外外出	パラOT	教養講座	本人・家族教室	スポーツ	映画鑑賞	自己活動
	52週	2		2		2		社会復帰M	リラクゼーション	パラOT	院外外出	全体M	ボディーワーク	生活技術講座	就労準備講座	1ヶ月評価の診察	院外外出	スポーツ	スポーツ	映画鑑賞	自己活動
	53週	2		2		2		社会復帰M	院外外出	パラOT	生活技術講座	全体M	ボディーワーク	生活技術講座	院外外出	パラOT	教養講座	スポーツ	本人・家族教室	映画鑑賞	自己活動
	54週	2		2		2		社会復帰M	リラクゼーション	パラOT	院外外出	全体M	ボディーワーク	生活技術講座	就労準備講座	パラOT	院外外出	スポーツ	スポーツ	映画鑑賞	自己活動
	55週	2		2		3		社会復帰M	院外外出	パラOT	生活技術講座	全体M	心理教育	生活技術講座	院外外出	パラOT	教養講座	本人・家族教室	スポーツ	映画鑑賞	自己活動
	56週	2		2		3		社会復帰M	リラクゼーション	パラOT	院外外出	全体M	心理教育	1ヶ月評価の診察	就労準備講座	パラOT	院外外出	スポーツ	スポーツ	映画鑑賞	自己活動
	57週	2		2		3		社会復帰M	院外外出	パラOT	生活技術講座	全体M	心理教育	生活技術講座	院外外出	パラOT	教養講座	スポーツ	本人・家族教室	映画鑑賞	自己活動
	58週	2		2		4		社会復帰M	権利擁護・関連法規講座	院外外出	院外外出	全体M	心理教育	院外外出	院外外出	パラOT	教養講座	スポーツ	スポーツ	映画鑑賞	自己活動
	59週	2		2		4		社会復帰M	リラクゼーション	院外外出	院外外出	全体M	心理教育	院外外出	院外外出	パラOT	教養講座	本人・家族教室	スポーツ	映画鑑賞	自己活動
	60週	2		2		4		社会復帰M	リラクゼーション	院外外出	院外外出	全体M	心理教育	院外外出	院外外出	3ヶ月評価の診察	教養講座	スポーツ	スポーツ	映画鑑賞	自己活動
	61週	2		2		4	1	社会復帰M	外泊	外泊	生活技術講座	全体M	再構成的精神療法	生活技術講座	院外外出	パラOT	心理検査	院外外出	スポーツ	映画鑑賞	自己活動
	62週	2		2		4	1	社会復帰M	外泊	外泊	生活技術講座	全体M	再構成的精神療法	生活技術講座	院外外出	パラOT	心理検査	スポーツ	院外外出	映画鑑賞	自己活動
	63週	1		1		4	1	社会復帰M	外泊	外泊	生活技術講座	全体M	再構成的精神療法	生活技術講座	院外外出	パラOT	教養講座	スポーツ	院外外出	映画鑑賞	自己活動
	64週	1		1		4	2	社会復帰M	外泊	外泊	外泊	外泊	再構成的精神療法	生活技術講座	就労準備講座	1ヶ月評価の診察	院外外出	スポーツ	スポーツ	映画鑑賞	自己活動
	65週	1		1		4	2	社会復帰M	外泊	外泊	外泊	外泊	再構成的精神療法	生活技術講座	就労準備講座	パラOT	院外外出	スポーツ	本人・家族教室	映画鑑賞	自己活動
	66週	1		1		4	3	社会復帰M	外泊	外泊	外泊	外泊	外泊	外泊	心理検査	パラOT	院外外出	スポーツ	スポーツ	映画鑑賞	自己活動
	67週	1		1		4	3	社会復帰M	外泊	外泊	外泊	外泊	外泊	外泊	心理検査	パラOT	院外外出	本人・家族教室	スポーツ	映画鑑賞	自己活動
	68週	2		2		4		社会復帰M	リラクゼーション	パラOT	院外外出	全体M	ボディーワーク	生活技術講座	就労準備講座	1ヶ月評価の診察	院外外出	スポーツ	スポーツ	映画鑑賞	自己活動
	69週						5	社会復帰M	外泊	外泊	外泊	外泊	外泊	外泊	外泊	外泊	外泊	外泊	本人・家族教室	映画鑑賞	自己活動
	70週	2		2		4		社会復帰M	リラクゼーション	パラOT	院外外出	全体M	ボディーワーク	医師退院評価の診察	就労準備講座	パラOT	院外外出	スポーツ	スポーツ	映画鑑賞	自己活動
	71週						7	社会復帰M	外泊	外泊	外泊	外泊	外泊	外泊	外泊	外泊	外泊	外泊	外泊	外泊	外泊
	72週	2		2		4		社会復帰M	リラクゼーション	パラOT	院外外出	全体M	ボディーワーク	医師社会復帰期治療評価診察	就労準備講座	医師社会復帰期治療評価診察	院外外出	スポーツ	スポーツ	映画鑑賞	自己活動
	73週							退院													

	医師
	看護師
	臨床心理技術者
	作業療法士
	精神保健福祉士

急性期M＝急性期ミーティング
回復期M＝回復期ミーティング
社会復帰期M＝社会復帰期ミーティング
全体M＝全体ミーティング

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と重篤度を評価する。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、心気的訴え、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。時々の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

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信じているかどうかと、自分の精神障害の意味と責任に気づいているか、および、起こしてしまった他害行為に対する姿勢を評価する。行動面では以下のような項目がチェックされ、それぞれの項目を０（＝問題なし）、１、２の３段階で評価し、最も高得点を示した項目の点数がコードされる。疾病に対する内省と他害行為に対する内省の両方、ならびに他害行為と疾病との関係についての内省を含み、最も悪いポイントに従って評価する点に注意されたい。

1）対象行為への内省：当該他害行為に対する責任を感じていない。自分が他人に強いたことに謝罪しようとしない。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ヶ間に状態が変化した場合にも明示できるようにする。

１）興奮：活動性の亢進、一時的なものも含めた興奮を評価する。

１＝気分高揚、抑制が乏しい。多弁。落ち着かない。

２＝興奮している。言語促迫。

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

BPRS2. 不安に準じる：心配、過度の懸念、不安、恐怖といった主観的体験。

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

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

３）怒り：不適切にかんしゃくを起こす。怒りの表現が軽度で、単発的な場合は無視してよい。

BPRS10. 敵意に準じる：他者に対する敵意、軽べつ、憎悪の表現。イライラした、敵対的、攻撃的行為で患者自身により報告され、最近の病歴から知られているもの。

１＝他人への過度の非難。

２＝顕著な焦燥。敵対的態度。告発、侮辱、言語的脅迫を呈する怒りの爆発。

４）感情の平板化：感情の動きの減退、平板化。薬によるものではないこと。

BPRS16. 情動鈍麻もしくは不適切な情動に準じる：感情緊張の低下もしくは不適切、ならびに正常の感受性や興味、関心の明らかな欠如。無関心、無欲症。表現された感情がその状況や思考内容に対して不適切。観察にもとづく評価。

１＝感情反応が稀で固い。もしくは時に文脈から外れたものである。

２＝無欲と引きこもり。自分の置かれている状況に無関心。妄想や幻覚が情動的色付けを欠く。不適切な情動。

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

１＝気力喪失。沈んでいる。くよくよする。悲しい。

２＝絶望感、希望喪失、抑うつ気分、重度の意欲低下。

評価：０＝問題なし、１＝軽度の問題、２＝明らかな問題点あり

総合評価は下位評価の最も高い点数が採用される。

一過性の場合は最後に観察された日付（　　）

7．認知機能

評定基準

この項目は認知機能の問題を評価する。下記項目がチェックされ、それぞれの項目を０（＝問題なし），１，２の３段階で評価し、最も高得点を示した項目の点数がコードされる。

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

１＝知的障害の疑いもしくは境界域の知能水準。

２＝軽度以上の知的障害。

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

１＝先天的な認知機能の偏りの疑い。

２＝明白な先天的な認知機能の偏り。

評価：０＝問題なし、１＝軽度の問題、２＝明らかな問題点あり

総合評価は下位評価の最も高い点数が採用される。

８．日常生活能力

評定基準

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すごす。
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。落ち着いて座っていられない。
3）何か思いついたらすぐに行動してしまい、先の予測をしない。目先の利益に目を奪われて、先のことが考えられない。衝動買いや返す当てのない借金をする。
4）そそのかされたり、暗示にかかりやすい。しばしば他の患者にだまされる。その場その場の状況で流される。ほかの患者の言うことに疑問を持たずに従う。
5）内省や状況の判断なしにささいなことで怒りの感情を行動化する。

評価：０＝問題なし、１＝軽度の問題、２＝明らかな問題点あり
小項目は中項目の評価の参考とする（下位評価の最も高い点数にする必要はない)。

１１．ストレス

評価基準

ストレスの大きさはストレッサー、および対象者のストレス対処能力・ストレス耐性（ストレス脆弱性）の両者のバランスによって決定される。ストレス耐性が平均的であっても、対人関係など大きなストレッサーが明らかであれば、強いストレスにさらされやすくなり、１点以上の評点となる。本人がストレスを自覚していない場合であっても、ストレスへの反応によって日常生活に支障をきたしているときにも１点以上の評価とする。ストレッサーが存在しても日常生活に支障をきたしていないときには０点の評点となる。

評価：０＝問題なし、１＝軽度の問題、２＝明らかな問題点あり

１２．自傷・自殺

評価基準

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

評価：０＝問題なし、１＝軽度の問題、２＝明らかな問題点あり

最後に観察された日付（　　）

「治療影響要因」

１３．物質乱用

評価基準

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

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

評価：０＝問題なし、１＝軽度の問題、２＝明らかな問題点あり

１４．反社会性

評価基準

この項目は基本的な対人、対社会的な対象者の姿勢を評価する。反社会性人格障害の評価と密接に関連し、反社会的態度や向犯罪的志向や対人関係での問題を評価する。反社会的行動が明らかに精神病症状に基づくと考えられる場合は除外して考え、通常の生活上の行動パターンを評価するが、疾患の影響が慢性的である場合、長期的な人格変化などの場合には除外せずに反社会的と評価する。社会的規範の蔑視や犯罪志向的な態度、犯罪にかかわる交友関係、故意に器物を破損したり火をもてあそぶ行動、他者をだましたり脅すといった行動が評価の目安となる。

評価：０＝問題なし、１＝軽度の問題、２＝明らかな問題点あり

１５．性的逸脱行動

評価基準

不適切に触る、さらす、話す、盗む、覗く、サディズム、小児性愛などの性的逸脱行動を評価する。ただしこれらの行動が明らかに精神病症状に基づくと考えられる場合は除外して考える。疾患の影響が慢性的である場合、長期的な人格変化などの場合には除外せずに評価する。

評価：０＝問題なし、１＝軽度の問題、２＝明らかな問題点あり

１６．個人的支援

評価基準

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

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

評価：０＝問題なし、１＝軽度の問題、２＝明らかな問題点あり

「退院地環境」

１７．コミュニティ要因

評価基準

コミュニティ要因は居住環境と地域環境、人的ネットワーク、公的支援（社会資源）の３点から評価される。例として潜在的に有害な仲間集団、薬物依存を合併する対象者ではアルコールや薬物が容易に手に入る環境や乱用集団に戻ること、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

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とによって作成され、これらの計画が現実的で実行可能であるか、対象者の再発やそれに伴う行為を予防することに沿っているか、計画が対象者や援助者に理解され受け入れられているか、そのための体制（人的、財政的など）は整っているか等を検討する。

「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と考えられる経済的基盤が整い、利用可能な状態になっているか。

５）緊急時の対応について確保されているかどうか。

６）対象者に関わる各関係機関との連携･協力体制が退院前より十分に機能しているかどうか。

7）退院後に対象者にとってキーパーソンとなる人がいるかどうか、また協力的な関わりを継続して行ってくれるかどうか。
8）地域の受け入れ体制、姿勢が十分であるかどうか。

評価：０＝問題なし、１＝軽度の問題、２＝明らかな問題点あり
小項目は中項目の評価の参考とする（下位評価の最も高い点数にする必要はない)。

１９．治療・ケアの継続性

評価基準

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

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

なお、治療開始時の初期評価の段階では２点とするが、治療の継続性に関して既に明らかな情報は、今後の参考となるため備考欄に明記する。

評価：０＝問題なし、１＝軽度の問題、２＝明らかな問題点あり
小項目は中項目の評価の参考とする（下位評価の最も高い点数にする必要はない)。

個別項目

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

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

改訂版共通評価項目から治療計画への架け橋

○対象者の自傷他害のリスクのシナリオを作る。

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

最終的な対象者の治療計画は、改訂版共通評価項目に含まない要因も全て加味して策定される。

１．自傷他害のリスクのシナリオの作成

上述のようにシナリオは最も避けるべき事態である自傷あるいは他害行為に特化する。リスクは対象者の病状、行動や環境などの文脈に依存するが、これらの文脈を考慮に入れたシナリオを、以下の手順で描く。シナリオの作成には、19 項目＋個別項目の社会復帰要因の関連を描くという意味が含まれ、最悪の事態をいかにして防ぐかという治療・マネジメントプランへとつながる。シナリオと治療・マネジメントプランの作成は、治療期に関わらず全期間を予想して作成し、治療の進展に伴ってシナリオの変化が予想された時に変更することが望ましい。

シナリオ作成の手順

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

２．リスクの治療・マネジメントプランの作成

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

治療･マネジメントプラン作成の手順

1）モニタリング：リスクの注意サインをどのようにしてモニタリングするか？どんなことがあればリスクを再評価しなければならないか？

2）治療：介入すべき優先度の高い問題は何か？リスクファクターに対してどのような治療戦略がとられるか？

3）マネジメント：リスクの防止のために持続的に必要な支援は何か？

4）被害者の保護：被害者を保護するために必要なプランは？

5）その他考慮すべきことは？

3．治療計画の作成

改訂版共通評価項目は①19 項目＋個別項目の評価、②シナリオの作成、③治療・マネジメントプランの作成までを含み、実際の治療計画の作成は改訂版共通評価項目には含まない。しかし実際の医療観察法に基づく医療では、改訂版共通評価項目の評価の後に治療計画の作成が続くことが予想されるため、改訂版共通評価項目と治療計画との関係について述べる。

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

入院時基本情報管理シート

患者番号（　　）シート番号（　　）1/3　　作成日

フリガナ		性　別	生年月日		入院時年齢	満　歳	
本人							
居住地	都・道 府・県			居住形態		電話	
本籍	都・道 府・県						
フリガナ		続　柄	生年月日		選任状況		
保護者							
保護者住所	都・道 府・県				電話		

健康保険	種別		保険者番号			
障害年金	種別	（　　円/月）	生活保護		担当	
各種手帳						
保護観察所			社会復帰調整官			
指定入院医療機関	入院年月日		施設名		管理者	
	担当医師		担当精神保健福祉士		担当看護師	
	担当作業療法士		担当臨床心理技術者		担当その他	

受診歴	（複数の場合は順に列挙）
	:入　　通　（　　）～（　　）管理者　　担当医師
	:入　　通　（　　）～（　　）管理者　　担当医師
	:入　　通　（　　）～（　　）管理者　　担当医師
	:入　　通　（　　）～（　　）管理者　　担当医師
	:入　　通　（　　）～（　　）管理者　　担当医師
	:入　　通　（　　）～（　　）管理者　　担当医師
退院後予定	退院地、退院後の指定通院医療機関、担当保護観察所等の情報（予定がある場合記載）

対象行為	行為名	発生年月日	概要

刑事手続	起訴	詳細	不起訴・起訴猶予 その他（　　）	刑事手続での鑑定	
		判決	無罪・執行猶予　（　　年　　月） その他（　　）	刑事手続での認定病名	
	その他特記事項			刑事責任能力	
	検察庁		裁判所　不起訴等の場合「なし」	不起訴決定裁判結審年月日	

	審判申立て年月日		鑑定入院命令年月日				
	審判期日		処遇決定年月日				
審判手続	審判裁判所		裁判官		精神保健審判員		精神保健参与員
	付添人						
	鑑定入院医療機関		鑑定人		鑑定入院期間	～	
	審判、鑑定入院中の治療等の特記事項						

入院時基本情報管理シート
患者番号（　　）シート番号（　　）2/3

主診断(ICD)	（ F　　）	
副診断(ICD)	複数の場合は列挙　（ F　　）,	（ F　　）
身体疾患(ICD*)	複数の場合は列挙　（　　）,	（　　）
禁忌・アレルギー		

主訴・現病歴	
家族歴	
生活歴	
治療歴	
その他特記事項	
初診時現症	
身体的検査所見	
心理検査所見	

入院時基本情報管理シート

患者番号（　　）シート番号（　　）3/3

総合的な生活機能（GAF）		点	生活機能を全体的にとらえて0～100点で評価する。

改訂版共通評価項目	要素	具体的要素	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			

生活機能	領　域		評　価　点	説明（生活機能上の問題と治療の焦点を明確にする）
	セルフケア	身体快適性の確保		
		食事や体調の管理		
		健康の維持		
		調理		
		調理以外の家事		
	社会的な適正	敬意と思いやり		
		感謝		
		寛容さ		
		批判		
		合図		
		身体的接触		
	対人関係	対人関係の形成		
		対人関係の終結		
		対人関係における行動の制限		
		社会的ルールに従った対人関係		
		社会的距離の維持		
	日課の遂行	日課の管理		
		日課の達成		
		自分の活動レベルの管理		
	ストレスとその他の心理的要求への対処	責任への対処		
		ストレスへの対処		
		危機への対処		
	経済生活	基本的な経済的取引		
		複雑な経済的取引		
		経済的自給		

現在の生活場面の実行状況を下記の得点により評価する。

評価点：　0 ： 完全にできる（障害は0～4%、自立している）
1 ： 概ねできる（障害は5～24%、見まもりを要する程度）
2 ： 多少はできる（障害は25～49%、時に指示・介助・介入を要する）
3 ： ほとんどできない（障害は50～95%、指示・介助・介入を要することが多い）
4 ： まったくできない（障害は96～100%、常に介助が必要）
8 ： 詳細不明
9 ： 非該当

機能に影響する環境要因	領域		評価点	説明（介入の要点や手がかりを明確にする）
	生産品と用具	処方薬、自家用車、家、資産など		
	自然環境・地域環境	通院の便、地域の風紀など		
	支援と関係（量的な側面）	家族・知人・医療福祉関係者などの人的支援の量的な評価		
	態度（感情や質的な側面）	家族・知人の態度、治療者や生活地域などの人的環境の質的な評価		
	サービス・制度	医療福祉制度の利用状況など		

環境因子が促進的、阻害的に働いているか、その具体的な内容を記す。介入の方針を立てる資料とする。

評価点：0:「促進的」1:「どちらかというと促進的」 2:「どちらでもない」 3:「どちらかというと阻害的」4:「阻害的」の5段階。

入院時治療方針	

シート作成責任者	精神保健指定医	作成年月日	

新病棟治療評価会議シート

患者番号（　　）シート番号（　　）　　作成日

フリガナ			性別	生年月日		現在年齢
本人氏名						
治療期		左記治療期の開始(年月日)				
保護観察所			社会復帰調整官			
指定入院医療機関	入院年月日		名称		管理者	
	多職種チームの担当者					
	医師		精神保健福祉士		看護師	
	臨床心理技術者		作業療法士		その他	
主診断(ICD)	（F　　）					
副診断(ICD)	（F　　）、	（F　　）				
身体疾患(ICD')	（　　）、	（F　　）				

1週間の特記すべき状態像、提供した多職種チームによる治療的活動、薬物療法等

活動範囲及び行動制限等	

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

1週間の総合評価と効果	
今後の目標と治療方針	

会議参加者	（職種:　　）	（職種:　　）	（職種:　　）	
	（職種:　　）	（職種:　　）	（職種:　　）	
	（職種:　　）	（職種:　　）	（職種:　　）	
	（職種:　　）	（職種:　　）	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	

新病棟運営会議シート
患者番号（　　）シート番号（　　）1/2　　作成日

フリガナ		性別	生年月日		現在年齢	
本人氏名						
治療期		左記治療期の開始(年月日)				
保護観察所			社会復帰調整官			
指定入院医療機関	入院年月日		名称		管理者	
	多職種チームの担当者					
	医師		精神保健福祉士		看護師	
	臨床心理技術者		作業療法士		その他	
主診断(ICD)	（ F　　）					
副診断(ICD)	（ F　　）、	（ F　　）				
身体疾患(ICD')	（　　）、	（ F　　）				

主要な精神症状

行動制限最近1ヶ月間	身体拘束の合計時間	時間	分	活動範囲	院内散歩日数	日	
	隔離の合計時間	時間	分		院外外出日数	日	
					外泊日数	日	

最近1ヶ月間に提供した多職種チームによる治療的活動	薬物療法の内容とその効果

新病棟倫理会議の開催と決定事項			
本対象者に関する倫理会議開催の有無と開催回数	（　　回）		
決定事項（箇条書きに列挙し、決定年月日を記載）			
1.	決定年月日	3.	決定年月日
2.	決定年月日	4.	決定年月日

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

1ヶ月間の要約	
目標到達度と今後の治療方針	
決議事項	

新病棟運営会議シート

患者番号（　　）シート番号（　　）2/2

退院前訪問指導の実施状況

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

mECT

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

身体合併症の症状・治療

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

薬剤管理・指導（薬剤師）

（　　回　）

実施日	実施者	指　導　内　容

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:　　）	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	

入院継続情報管理シート

患者番号（　　）シート番号（　　）1/2　　作成日

フリガナ		性　別	生年月日		現在年齢	満　歳	
本人							
入院前居住地	都・道 府・県			居住形態		電話	
退院後居住地	都・道 府・県			居住形態		電話	
フリガナ		続　柄	生年月日		選任状況		
保護者							
保護者住所	都・道 府・県					電話	

健康保険	種別		保険者番号			
障害年金	種別	（　　円/月）	生活保護		担当	
各種手帳						
保護観察所			社会復帰調整官			
指定入院医療機関	入院年月日		施設名		管理者	
	担当医師		担当精神保健福祉士		担当看護師	
	担当作業療法士		担当臨床心理技術者		担当その他	

主診断（ICD）	（ F　　）	
副診断（ICD）	複数の場合は列挙	（ F　　）、（ F　　）
身体疾患（ICD゛）	複数の場合は列挙	（　　）、（　　）
禁忌・アレルギー		

医療観察法の処遇に至るまでの現病歴	
医療観察法の処遇における治療経過	
直近の現症	
身体的検査所見	
現在の薬物療法	

入院継続情報管理シート
患者番号（　　）シート番号（　　）2/2

総合的な生活機能（GAF）	点	生活機能を全体的にとらえて0～100点で評価する。

改訂版共通評価項目	要素	具体的要素	点	備　　考
	疾病治療	精神病症状		
		内省・洞察		
		アドヒアランス		
		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			

生活機能	領　域		評　価　点	説明（生活機能上の問題と治療の焦点を明確にする）
	セルフケア	身体快適性の確保		
		食事や体調の管理		
		健康の維持		
		調理		
		調理以外の家事		
	社会的な適正	敬意と思いやり		
		感謝		
		寛容さ		
		批判		
		合図		
		身体的接触		
	対人関係	対人関係の形成		
		対人関係の終結		
		対人関係における行動の制限		
		社会的ルールに従った対人関係		
		社会的距離の維持		
	日課の遂行	日課の管理		
		日課の達成		
		自分の活動レベルの管理		
	ストレスとその他の心理的要求への対処	責任への対処		
		ストレスへの対処		
		危機への対処		
	経済生活	基本的な経済的取引		
		複雑な経済的取引		
		経済的自給		

現在の生活場面の実行状況を下記の得点により評価する。
評価点：　0 ： 完全にできる（障害は0～4%、自立している）
1 ： 概ねできる（障害は5～24%、見まもりを要する程度）
2 ： 多少はできる（障害は25～49%、時に指示・介助・介入を要する）
3 ： ほとんどできない（障害は50～95%、指示・介助・介入を要することが多い）
4 ： まったくできない（障害は96～100%、常に介助が必要）
8 ： 詳細不明
9 ： 非該当

機能に影響する環境要因	領域		評価点	説明（介入の要点や手がかりを明確にする）
	生産品と用具	処方薬、自家用車、家、資産など		
	自然環境・地域環境	通院の便、地域の風紀など		
	支援と関係（量的な側面）	家族・知人・医療福祉関係者などの人的支援の量的な評価		
	態度（感情や質的な側面）	家族・知人の態度、治療者や生活地域などの人的環境の質的な評価		
	サービス・制度	医療福祉制度の利用状況など		

環境因子が促進的、阻害的に働いているか、その具体的な内容を記す。介入の方針を立てる資料とする。
評価点：0:「促進的」 1:「どちらかというと促進的」 2:「どちらでもない」 3:「どちらかというと阻害的」 4:「阻害的」の5段階。

入院を継続する必要がある理由	
入院における治療の課題と方針	

シート作成責任者	精神保健指定医	作成年月日	

退院前情報管理シート

患者番号（　　）シート番号（　　）1/2　　作成日

フリガナ		性　別	生年月日		現在年齢	満　歳	
本人							
入院前居住地	都・道 府・県			居住形態		電話	
退院後居住地	都・道 府・県			居住形態		電話	
フリガナ		続　柄	生年月日		選任状況		
保護者							
保護者住所	都・道 府・県					電話	

健康保険	種別		保険者番号			
障害年金	種別	（　　円/月）	生活保護		担当	
各種手帳						
保護観察所			社会復帰調整官			
指定入院医療機関	入院年月日		施設名		管理者	
	担当医師		担当精神保健福祉士		担当看護師	
	担当作業療法士		担当臨床心理技術者		その他	

主診断（ICD）	（ F　　）	
副診断（ICD）	複数の場合は列挙	（ F　　）・（ F　　）
身体疾患（ICD*）	複数の場合は列挙	（　　）・（　　）

禁忌・アレルギー	
医療観察法の処遇に至るまでの現病歴	
医療観察法の処遇における治療経過	
直近の現症	
身体的検査所見	
現在の薬物療法	

退院前情報管理シート

患者番号（　　）シート番号（　　）2/2

総合的な生活機能（GAF）		点	生活機能を全体的にとらえて0～100点で評価する。

改訂版共通評価項目	要素	具体的要素	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			

生活機能	領域		評価点	説明（生活機能上の問題と治療の焦点を明確にする）
	セルフケア	身体快適性の確保		
		食事や体調の管理		
		健康の維持		
		調理		
		調理以外の家事		
	社会的な適正	敬意と思いやり		
		感謝		
		寛容さ		
		批判		
		合図		
		身体的接触		
	対人関係	対人関係の形成		
		対人関係の終結		
		対人関係における行動の制限		
		社会的ルールに従った対人関係		
		社会的距離の維持		
	日課の遂行	日課の管理		
		日課の達成		
		自分の活動レベルの管理		
	ストレスとその他の心理的要求への対処	責任への対処		
		ストレスへの対処		
		危機への対処		
	経済生活	基本的な経済的取引		
		複雑な経済的取引		
		経済的自給		

現在の生活場面の実行状況を下記の得点により評価する。

評価点：　0 ： 完全にできる（障害は0～4%、自立している）
1 ： 概ねできる（障害は5～24%、見まもりを要する程度）
2 ： 多少はできる（障害は25～49%、時に指示・介助・介入を要する）
3 ： ほとんどできない（障害は50～95%、指示・介助・介入を要することが多い）
4 ： まったくできない（障害は96～100%、常に介助が必要）
8 ： 詳細不明
9 ： 非該当

機能に影響する環境因子	領域		評価点	説明（介入の要点や手がかりを明確にする）
	生産品と用具	処方薬、自家用車、家、資産など		
	自然環境・地域環境	通院の便、地域の風紀など		
	支援と関係（量的な側面）	家族・知人・医療福祉関係者などの人的支援の量的な評価		
	態度（感情や質的な側面）	家族・知人の態度、治療者や生活地域などの人的環境の質的な評価		
	サービス・制度	医療福祉制度の利用状況など		

環境因子が促進的、阻害的に働いているか、その具体的な内容を記す。介入の方針を立てる資料とする。
評価点：0:「促進的」1:「どちらかというと促進的」 2:「どちらでもない」 3:「どちらかというと阻害的」4:「阻害的」の5段階。

通院処遇における関係者					その他のサービス
	退院後の担当保護観察所		社会復帰調整官		
	指定通院医療機関		管理者		
	社会復帰施設		管理者		

退院後治療方針	
退院後の観察に関する事項	①症状悪化時のサイン、②予測される問題、③危機回避の対策、④危機介入のタイミングと方法、などを具体的に記す。

退院後の緊急時対応体制と連絡先（電話番号等）		
	日中	
	夜間	
	休日	

シート作成責任者	精神保健指定医	作成年月日	