

安度病院とは、仮に他の施設で処遇すると重大な問題を引き起こすであろうと予測される危険な触法精神障害者を最大の保安度 (Maximum Security) のもとで治療する施設とされている。ここでいう最大の保安度とは具体的には病院内外を仕切る高い壁に象徴されるような逃亡の危険性に対する保安のことを指し、高保安度病院の保安度はもともと保安度の高い刑務所と同じレベルとされている。現在 England と Wales には、Broadmoor、Rampton、Ashworth の 3 病院、約 1,200 床があり、それぞれの担当地域 (Catchments Area) が決まっている。

入院受け入れの基準は、①1983 年精神保健法に規定された精神障害に罹患していること、②人や財産に対する重大な暴力行為があったこと (具体的には問題行動時の身体的攻撃性の程度、被害者の被害の程度、武器の使用の有無、治療への反応性、治療へのコンプライアンス、逃亡の危険性などが重要視される)、③最大の保安度が必要であること、とされる。

高保安度病院は、1980 年、1992 年にその治療体制について大きな批判をあげた。1992 年の Ashworth Hospital についての査察委員会は「唯一の解決策は病院の閉鎖である」とまで結論した。こうした批判を受けて管理運営や治療体制について種々の改善がなされたにもかかわらず、1997 年に再び Ashworth Hospital の人格障害者病棟で、小児愛の入院患者が面会にきた少女を性的に虐待するという不祥事がおこり、査問委員会は、再び「唯一の解決策は病院の閉鎖である」と勧告した。こうした状況を受けて、それぞれの高保安度病院は、近隣の NHS Trust と一体化した運営がはかられており、2001 年 4 月より Broadmoor、Rampton はそれぞれ、West London Mental Health NHS Trust、Nottinghamshire Healthcare NHS Trust に、Ashworth は、2002 年 4 月より Mersey Care NHS Trust に統合された。

## 2) 地域保安病棟

1974 年の Butler 委員会の中間報告に基づき、高保安度病院と地域の一般精神科病床との間の橋渡しをし、触法精神障害者や処遇困難患者の社会復帰を促進するために、各地域保健局 (Regional Health Authority) 毎に設置された病棟であり、中等度の保安度 (Medium Security) のもとでの治療を提供する施設である。ここでいう中等度とは高保安度病院よりは緩やかであるが、一般の開放病棟よりは厳重な保安度を指す。こうした地域保安病棟が開設された背景には、精神病床の削減・閉鎖と病棟全体の開放化の結果、触法精神障害者や処遇困難患者を入院させることのできる閉鎖病棟が不足し、高保安度病院や刑務所にこうした患者が過剰収容となったことがある。

地域保安病棟の役割としては、①あらゆる職種のスタッフに対して研究、教育のベースを与えること、②地域における司法精神医学的サービス (Community Forensic Psychiatry Service) の活動のベースとなること、③入院施設を提供すること、があげられる。これをみてもわかるように地域保安病棟での治療活動は単に病棟内での入院治療のみでなく、退院後の一般社会でのアフターケアを含めた幅広いサービスを提供することにある。現在、イングランドとウェールズで約 2,400 床の地域保安病棟が存在する。

入院についての判断基準は、①1983年精神保健法に規定された精神障害に罹患していること、②中等度の保安度が治療上必要なこと、③以前の入院患者の再入院、④2年以内に地域保安病棟での治療が終了し他の治療施設への移送が行えること、などとされる。

## X. 危険性の判定の実際

以上、イギリスにおける司法精神医療制度を概観した。イギリスの現行制度において、触法精神障害者の危険性が問題になる場面は、責任能力判定、特にオートマティズムの抗弁をめぐる、サーン・インサーンの区別と、精神保健法による強制入院命令に拘束命令を付加するかどうかの判断である。

### 1) オートマティズムの抗弁

オートマティズムの抗弁をめぐる判例の変遷から、イギリスにおける精神障害者免責制度をめぐる以下のような特徴が指摘できよう。

法の第一の目的は、被告人の「精神の疾患」による再犯の危険から社会を防衛することにある。したがって、法における「精神の疾患」概念は、医学的な判断とは全く異なる性質のものである（mind と brain の相違）。法における「精神の疾患」概念は、法の目的を達成するための概念であって、医学的な診断において必要不可欠な病態生理や症状の持続期間、予後などは、法的判断においては必ずしも重要ではない。法的判断において重要とされるのは、被告人の「精神の疾患」の危険性とその再発の危険性である。したがって、法的判断においては、被告人の「精神の疾患」のゆえに生じた犯行の重大性・危険性と同時に被告人の免責後の処遇が重要視されることになる。そして、免責後に特別な医学的治療（あるいは医学的な観察・監督）が必要であると考えられる場合には、医学的には精神疾患・精神障害とは考えられないような疾患・障害であっても法的には「精神の疾患」と判断され、インサーン・オートマティズムとされるのである。なお、訴訟無能力者や責任無能力者に関しても、精神保健医療システム移送後の処遇は、拘束命令付き入院の患者とほぼ同様の処遇となる。

### 2) 拘束命令

拘束命令は強制入院命令を公衆の安全のために修正するものであり、それゆえ、犯罪の重大性あるいは刑罰の手段として拘束命令を課すことはできない。あくまでも、刑罰の代替として、精神科治療を強制するものである。拘束命令をくだすか否かの決定は裁判官が行なうものであり、もしたとえ医学的意見が全員一致で被告が危険でないと判断していても、拘束命令をくだすことができる。

拘束命令を下すにあたって裁判官が考慮すべき事項としては、以下の事項があげられている。

#### 1. 一定期間の拘禁が適切かどうか？

不適切なら治療を条件とした執行猶予命令へ

#### 2. 強制入院命令が必要か？

強制入院命令の基準を満たしているか、また強制入院命令が最適か、それとも禁錮刑が適切か？

### 3. 拘束命令を付加する基準を満たしているか？

精神保健法の規定では、「犯罪の性質、犯罪者の前歴、再犯の危険性を考慮して、公衆を重大な危害から防御するために必要」とされているが、ここでいう危険性の判断では、以下の点が考慮される。

- ① 危険な犯罪者を数ヶ月で自由にするか、禁錮刑より長期間にわたり強制入院させるかの判断である。
- ② 現行の精神保健法では、拘束命令の基準はより厳格にされている (serious harm)。ここで重要なのは、再犯の危険性が高いか否か (serious risk) ではなく、もし再犯した場合に公衆に重大な危害を与えるような犯罪 (serious harm) をおこすかどうかの危険性についての判断である点である。
- ③ 被告の精神状態と犯行との因果関係は必要とされていない。軽微な犯罪でも拘束命令を科されることがあるし、重大な犯罪であっても拘束命令が科されない場合もありえる。ただし、暴力犯罪や重大な性犯罪であり、さらに同様の犯罪の前科・前歴があったり、精神障害による暴力的行為の既往がある場合には、なぜ、拘束命令を科さなくてもよいのかについて、誰もが納得できるような理由が必要とされる。
- ④ 危害は対人的な危害に限られるわけではない
- ⑤ 公衆全体に関する危害に限られるわけではない。本人以外の誰かが危害にさらされることを防ぐために必要であれば拘束命令は科せる
- ⑥ 軽微な犯罪を繰り返す可能性が高いというだけでは不十分。
- ⑦ 病院か刑務所か、拘束命令付か否かを考慮するときには、拘束命令の具体的な効果（特に拘束命令は精神保健審判所によって解除されえることを）を考慮すべきである。ただし、精神保健審判所によって退院させられることを妨げるためだけに禁錮刑を選択してはならない。
- ⑧ 刑務所が選択肢となるのは、以下の場合である。
  - A) 被告が危険であり、保安病床がえられないとき
  - B) 精神障害があることを考慮しても、刑罰に値するような非難されるべき要素が犯行にみられるとき。

しかしながら、拘束命令を科すべき条件がみたされれば拘束命令をくだすべきである。

なお、拘束命令は期限付でも無期限でもよいが、医師の意見が有期限を示唆する場合以外、基本的には無期限が好ましいとされる。

実際の臨床場面における危険性の判定については、保険数理的な手法も一部使用されているが、最終的には、多職種協働チームによる頻回のアセスメントとそれに基づく臨床的な判断の重要性が強調される。たしかに保険数理的な手法は、どのような特徴をもった人

が危険性が高いかについて集団全体についての情報を与えてくれるが、目の前にいるその患者が本当に危険かどうかについては明らかにしてくれない。したがって、最終的な個々の患者の処遇の決定は、臨床的な判断によるほかないが、その場合でも、保険数理的なアセスメント・ツールの可能性と限界を十分に弁えて判断することが必要である。以下に Chiswick (Chiswick D: Dangerousness. Seminars in Practical Forensic Psychiatry, Chiswick D, Cope R (eds), pp210-242, Gaskell, London 1995) に基づいて、臨床的なリスク・アセスメントの概要を示す。

Chiswick によれば司法精神医学専門病棟で行われる治療は決して通常精神科治療と異なる特別なものではないという。司法精神医学専門病棟での治療が通常治療と異なるのは、患者の精神状態や危険性を常に考慮し、患者自身、他の入院患者、病棟スタッフ、さらには一般公衆を守ることにたゆみない配慮を行う必要がある点である。司法精神医学専門医に要求されるのは患者の利益と公共の利益の調和を図ることにあり、病棟では治療的配慮と保安的配慮の両者のバランスが重要とされる。

触法精神障害者の治療にあたっては、患者の精神障害と指標犯罪（入院の原因となった犯罪）について治療者が十分に理解する必要がある。犯行時の精神状態はどうであったか、アルコールや薬物を使用していたのか、なぜ武器が手に入ったのか、なぜ被害者は被害を受けたのかなどについて、本人・家族への問診だけでなく、警察の捜査記録や被害者・目撃者の調書、裁判記録、患者の学業や職業歴、非行・犯罪の記録、精神科治療歴などありとあらゆる資料を駆使して患者の精神障害と指標犯罪の分析を行う。犯罪は決して患者の精神障害の直接の結果ではなく、種々の状況の積み重ねの結果であり、指標犯罪がどのような状況で起こり、そこに患者の精神障害がどのように関与していたかを理解することは治療や危険性の評価に不可欠なものである。さらに患者の指標犯罪に関する認識を治療者は常に把握する必要がある。なぜ犯行に及んだのか、犯行を振り返り現在どう考えている、犯行を反省しているか、被害者に対して真の同情と謝罪の念を抱いているか、今後の再犯を防止するためには何が必要かなどについて、患者自身は現在どのように考えているか、そして患者の認識は治療によってどのように変化したか（あるいはしなかったか）を治療者は把握しなければならない。そして治療者は自らの指標犯罪に対する理解と患者の指標犯罪に関する認識を常に照合しながら治療を進めていくことになる。つまり、触法精神障害者の治療の目標の一つはこうした「指標犯罪についての病識」とでもいうものを患者につけさせることにある。多くの触法精神障害者、特に触法行為が本人の人格要因と強く関連している場合には、自らの触法行為の重大性を過小評価し、責任を周囲の状況因に転嫁する傾向があり、こうした治療のためには患者を指標犯罪に直面させることは必要不可欠となる。

触法精神障害者の治療にあたっては、以上述べたような課題を可能とするだけの治療環境・治療技法が必要とされるのである。イギリスの司法精神医学専門病棟では、医師、看護者、ソーシャルワーカー、臨床心理士、作業療法士、精神療法家など多職種が共同して

チームを組み、お互いに連携しながら、多角的に患者の病状、問題行動の分析を行い、治療や危険性の評価にあたっている。さらにイギリスの場合には高保安度病院(high security hospital)、地域保安病棟(regional secure unit)、一般の閉鎖病棟、開放病棟、コミュニティケア施設と保安度の異なる種々の施設があり、患者の治療の必要性にあわせて適切な処遇を選択でき、また精神保健法や刑事訴訟法には触法精神障害者の治療の必要性に応じた移送のための法制度が整備されている。もちろん司法精神医学専門病棟での治療はこうした「指標犯罪」に関する問題だけを標的としているわけではなく、通常精神科医療と同様に患者の症状、苦痛を軽減することが第一の目標とされている (Robertson G: Treatment for offender patients: how should success be measured? Med Sci Law 29:303-307 1989)。しかしながら、触法精神障害者の治療にあたってはこうした指標犯罪に関する問題は避けては通れない問題なのである。

なお、内務省と保健省は、コミュニティにおける supervision に関して別紙のようなガイドラインを示している。

## Clinical Risk Assessment の過程

- Collecting information
- Examining patient
- Asking yourself questions

## Clinical Risk Assessment の方法

### 情報の収集

- カルテ、看護記録
- 警察の捜査記録
- 被害者・目撃者の調書
- 裁判記録
- 家族、親族よりの情報
- 学校、過去の病歴、社会保障関連の記録
- あらゆる方面から多角的に

### 患者に関する要因

- どのような精神障害に罹患しているのか？精神障害と暴力行為との関連は？
- 患者は自己の触法行為についてどう説明するのか？患者は医療者の理解を受け入れられるか？
- 治療により病状が改善したか？
- 病状の改善は、どの程度暴力行為の危険性をさげるか？
- 問題となるような病前性格、物質乱用、性的障害などがあるか？
- 患者の精神内界にスタッフは触れることができるか？患者の行動は精神内界と一致しているか？
- 患者は治療を継続する必要性を理解しているか？介護者に対する構えはどうか？
- 自分の診たては他のスタッフと共有できるか？

### 環境因

- 状況因子が触法行為に関与していたか？状況因子は同定可能か？新たな環境では状況因子を修正できるか？
- 新たな環境に移る場合に、患者の精神状態の変化をきちんと把握できるような治療環境に移るのか？
- 患者の精神状態の変化が観察された場合、どのような介入が効果的か？

### 潜在的被害者

- なぜその被害者が選ばれたのか？
- 事前に被害者になる可能性のある人（潜在的被害者）を特定できるか？潜在的被害者は患者の精神状態に気がつくか？
- 潜在的被害者は患者と病的な対人関係をもっていないか？必要があれば専門家に

援助を求めることができるか？

- 家族や介護者が治療継続のための援助をできるか？

Chiswick D: Dangerousness. Seminars in Practical Forensic Psychiatry, Chiswick D, Cope R (eds), pp210-242, Gaskell, London 1995

## 監督責任を負う精神科医に対する内務省ならびに保健省が発行したガイドラインの要約

1. 内務省の **Mental Health Unit** のスタッフは、すべての条件付退院中の患者について、監督責任を負う精神科医といつでも議論する準備ができています。
2. 患者の条件付退院の前に、監督責任を負う精神科医は患者と知り合っているべきであり、退院する病院で行なわれる多職種協働チームのケース会議に最低でも 1 回は参加する機会を持つべきです。
3. 条件付退院が決定したらできるだけ早い時期に、監督責任を負う精神科医は患者に関するすべての情報を(コミュニティにおける監督者のためのガイダンスノートのパラグラフ 35 に箇条書されている情報を含めて)退院する病院から書面で受け取っておくべきです。
4. 監督責任を負う精神科医は患者の精神保健に関連するすべての事柄に責任があります。これには、患者の精神状態の定期的な評価、必要な薬物療法のモニタリング、および患者の精神症状が悪化した場合に採るべき対応についての考慮も含まれています。
5. 精神医学的スーパービジョンの頻度と方法、治療の内容については、監督責任を負う精神科医によって決定されてもかまいません。(医師の裁量)
6. 監督責任を負う精神科医は、患者の治療とリハビリテーションに直接かかわり、コミュニティにおいて患者が進歩していくために必要とされる建設的なサポートを提供する用意がなければなりません。
7. もし、退院後も薬物療法が必要な患者の場合には、退院直後に、また、処方の変更や中止がなされた場合にはその都度、監督責任を負う精神科医は、社会内における監督者ならびに多職種協働チームのメンバーに対して、いつ、どこで、誰によって投薬が行われるのかについて、知らせるべきです。また、薬物療法は監督責任を負う精神科医と社会内における監督者との間で定期的に議論されるべきテーマです。
8. 監督責任を負う精神科医と社会内における監督者との緊密な連絡・連携はスーパービジョンが有効に機能するためには不可欠です、そして、これは定期的なカンファランスの形式で行われるべきです。患者のケアに関与する医療スタッフは監督責任を負う精神科医の指示のもとにケアを行うべきです。
9. 通常、内務省は、条件付退院から 1 カ月後、その後は 3 ヶ月ごとに監督責任を負う精神科医に患者の経過に関するレポートを求めるでしょう。定期報告には患者の現在の精神状態に関する詳細な説明が含まれるべきです。前回のレポートから変化した点と変化の理由を含むべきです。薬物療法を行っている場合には、薬物療法に関する記載をしなければなりません。患者の精神状態や行動に悪化の徴候がみられる場合には、状況を改善するための方策と共に、詳細にそ

の説明がなされるべきです。最終的に、レポートには患者の継続的なりハビリテーションに関する監督責任を負う精神科医のプランが含まれるべきです。

10. 内務省へ提出するすべてのレポートのコピーを社会内における監督者にわたすべきです。また、退院後およそ1年間は、精神科医ならびに社会内における監督者双方のレポートのコピーを退院した病院にも送るべきです。
11. 患者が、家から遠くで休日を過ごすのを願っており、両方の監督者がそのような休日を過ごすことに同意している場合、監督責任を負う精神科医は、薬物療法に関して何か特別なアレンジメントかどうかについて考慮すべきです。
12. 監督責任を負う精神科医が条件付退院中の患者の精神状態や行動に関して懸念が生じた場合には、まず、最初に社会内における監督者と懸念について議論すべきです。その懸念が患者自身や他の人の安全を脅かす程度に達する場合には、監督責任を負う精神科医は、患者を即座に入院させることもありえます。入院という手段がとられるか否かに関係なく、監督責任を負う精神科医はすぐに内務省に報告するべきです。
13. 監督責任を負う精神科医が、患者にはもはや積極的な精神医学的スーパービジョンを必要としないと判断した場合には、まず、社会内における監督者と討議し、適切な勧告意見を内務省に対して提出すべきです。内務省が、公式の精神医学的スーパービジョンの終了に同意した場合は、通常、患者がコミュニティにおいて長期に安定した状態にあることを確認するまでは、内務省は、社会的なスーパービジョンの継続を望むでしょう。
14. Tribunal Rules に基づき、条件付退院中患者の審査にあたる Mental Health Review Tribunal から監督責任を負う精神科医はレポートの提出を求められます。内務省を通して提出されるレポートには患者の既往歴、現在の精神状態、精神医学のスーパービジョンと薬物療法に対する反応、および精神医学的スーパービジョン継続の必要性に関する観察が含まれるべきです。

Home Office, Department of Health, Welsh Office

Notes for the Guidance of Social Supervisors

Mental Health Act 1983

Supervision and After-Care of Conditionally Discharged Restricted Patients より訳出

## ドイツにおける危険性の判定

五十嵐 禎人（東京都精神医学総合研究所）

Norbert Nedopil: Gefährlichkeits- und Kriminalprognose (p239-248, In Forensische Psychiatrie), Leygraf: Begutachtung der Prognose im Masregelvollzug. (P349~, In Venzlaff & Foerster (eds) Psychiatrische Begutachtung) をもとにドイツにおける危険性の判定の概要について述べる。

### 1. 危険性の判定が必要とされる場合

ドイツにおいて、法的に精神科医による犯罪予後鑑定が必要とされるのは、以下の場合である。

- ・ 保安・矯正処分としての入所（刑事訴訟法第 246a 条と連携して刑法典第 63、64、66 条）
  1. 将来の犯罪についてどのようなリスク因子があるか
  2. 具体的にどのような対策でこれらのリスク因子をなくすあるいは減らすのか
  3. 許された時間内において、どのような状況ならそれが可能なのか
- ・ 保安・矯正処分からの退所（刑事訴訟法第 463 条と連携して刑法典第 67 条 dII）
  - ◇ 長期間の予測（時には数十年）、絶対的な確実性が要求されていることを意味するものではない。引き続き存在するリスク観点を明らかにし、その判断根拠を法律専門家が理解できるように記載すること。
- ・ 無期懲役からの退所（刑事訴訟法第 454 条と連携して刑法典第 57 条 a）
- ・ 性犯罪あるいは他の「危険な」犯罪行為のため有罪となった犯罪者での 2 年以上の懲役における残りの刑期の執行停止による免除（刑事訴訟法第 454 条と連携して刑法典第 57 条）

ただし、予後予測にどれだけの確実さが要求されるかは、事例ごとに異なっている。

最も確実さが要求されるのは、保安・矯正処分からの退所の場合である。この場合刑法典第 67 条 dII に従い、裁判所はその収容者について将来の危険性が全くないことを確認しなければならない。それに対して、留置刑からの早期退所の場合には、退所によって一般大衆の安全性が損なわれてはならないという規定しかない。有期の自由刑(留置刑)の場合、再犯予測に関しては、精神医学および心理学の専門家からの意見聴取の価値は疑わしい。意見を聴取しても予測の確度が増すことはほとんどなく、大体において退所準備を遅らせるだけである。留置刑からの退所および保安・矯正処分からの退所においては、刑事訴訟法第 463 条あるいは刑事訴訟法第 454 条に従って、「有罪宣告者において危険が以後全く存在しないかどうか、犯行により明らかにされた危険性が存続しているかどうか」について鑑定人に意見が求められる。

保安・矯正処分としての収容においては、将来の重大な犯罪のリスクが検討される。これは毎回法律の同じ条文に従って行われるものの、処分命令の際には相当性の原則を遵守しなければならないため（刑法典第 62 条）、再犯の確率とそれによる被害の程度についての予測に確実性がなければ、処分命令を出すことはできない。裁判において危険予防の最終手段として示される保安監置のための必要条件是、犯罪者の治療も行われる精神病院への入院以上に厳しい。これは禁絶施設への入所の必要条件より厳しい。なぜならば保安監置は無期であり、禁絶施設は 2 年と限定されているからである。

将来の犯罪リスクについての質問に答えることは、精神医学の専門家にとって最も困難な課題である。このような質問に答えるための経験的・科学的基礎資料が限られていることが、さらにその困難さを増している。これまでの文献では、リスク予測に関して 3 種の方法が知られている：

1. **直観的方法**: 裁判官が用いる方法である。裁判官は、理論的一般的知識と自己の主観的経験から、犯罪および犯人の人格に基づき、どのような刑罰あるいはどのような種類の刑罰免除が正当あるいは重要と思われるかを決定している。
2. **統計学的方法**: 経験的研究に基づく方法である。統計学的に高い再発性と相関する因子や、専門家が高い再発性の指標と見なす因子の有無により再犯を予測する。
3. **臨床的方法**: 病歴および犯罪歴を含めて入念な生活歴・既往歴調査を基に、過去から現在の状況を把握し、将来の予測を行う。

ただしこれらは互いに独立な方法というわけではなく、裁判官も臨床的方法や統計学的方法の知識を習得している。一方、経験的研究によると、臨床家も文献から得た知識を軽視しており、直観的方法や部分的には「個人的」な予測根拠を重んじている。

## 2. 犯罪学における予測基準の確立

犯罪予測の問題がドイツの刑法典で最初に取り上げられたのは1933年である。それは保安・矯正処分として取り上げられたもので、したがって精神科医と関係があった。法律家は当然ながら、たとえば刑務所からの条件付き退所の根拠を示さなければならない場合などに既にならかなり以前からこの問題に対応してきた。最終的にはこの問題は精神病犯罪者の法的扱いとして残っている。裁判所は犯罪者を保安・矯正処分として収容するにせよ、あるいはそこから退所させるにせよ、その犯罪者に収容あるいは退所の必要条件が存在するかどうかを判定しなければならない。この場合、精神医学の専門家の第一の任務は、裁判所が判定を確定するための根拠となる経験的知識を提供することである。

法律家というものがいわば判定することを強制されていることを考えれば、まず法律学者と社会学指向の犯罪学者が、犯罪予後決定のための基準一覧表を作成したということは理解できよう。この分野の経験的研究は1920年代に始まった。以来、犯罪予後決定における司法精神医学者の協力および犯罪予測の意義については、楽観的評価と悲観的評価が交錯してきた。文献上、予測因子とされた頻度の高いものは以下の6項目である(Nedopil 1988年):

1. 前科の数
2. 不規則な就労
3. 刑務所での懲戒処分
4. 犯罪の種類
5. 家庭の分裂あるいは家庭内の犯罪者の存在
6. 最初の保釈時における低年齢

この他に文献に一回または二回記載された因子として25項目がある。

## 3. 司法精神医学における予測方法

このような基準一覧表がまず第一に有用なのは、司法精神医学者が犯罪予測を行う場合であろう。なぜなら、一覧表に記載されているのは主に犯罪学的な因子で、精神医学的にはほとんど評価されない因子であるからである。ドイツではこのような研究の犯罪予後評価への利用は限られたものであった。司法精神医学者は、基準一覧表を用いるよりも、むしろいわゆる臨床犯罪予測の方を好んでおり、鑑定人の個々の予測経験と可能な限り綿密な個々の診察と研究が主として行われていた。基準一覧表を一般化することに対しては批判があった。もちろん、基準に基づいて説明していくという方法そのものに対しては異論はない。基準があれば、個々の事例の解釈のための根拠になり、また可能な限り科学的な証言の根拠になり、それがひいては個々の事例の鑑別的解析を可能にするからである。

70年代以降、人間科学者、特に精神医学者の犯罪予測能力に疑問が投げかけられた。症例 Baxtrom をはじめとする退院患者のフォローアップの結果に基づいた分析によって(Steadman 1973)、精神医学者の予後判断ミスが許容範囲の2倍に達していることも指摘されている(Steadman 1983)。さらには、精神医学者が予後判断に用いた根拠が誤りであると

か (Rasch 1984 年)、あるいは犯罪予後判断をすることは精神医学者の職業倫理と矛盾するので、犯罪予測は裁判所の手に委ねられるべきであるという批判もなされた (Stone 1985 年)。しかしながらこうした懐疑論的立場とは別の展開もあった。裁判所は、人間科学的根拠による犯罪予測を断念するつもりはなく、精神医学者や心理学者よりも優れた犯罪予後判断のできる他の職業グループもないのである。そこで、上記のような批判にもかかわらず、50年代や60年代の研究の方法論的弱点を考慮して暴力行動と精神病の関係についての新しい研究が生まれた (Menzies と Webster 1995 年、Monahan 1996 年、Monahan と Steadman 1994 年、Quinsey 1995 年、Swanson 1994 年) (Monahan 1996 年での総括、Nedopil 1998 年)。こうした研究やそれによって開発されたツールに基づき、予測技術は洗練され、リスク予測方法は統一されてきた。その結果、たとえば保険制度にも適用されるようになったので、「保険数理的予測」とも呼ばれる。これは、基準を利用した、方法論的にも精密な予測技術である。その適用にあたっては、個々の変数の取扱いに信頼性がなければならない。さらに、個々の変数の評価は、綿密かつ方法論的にも精密でなければならない。そうした条件を満たした時にはじめて予測が可能になる。

Nedopil は、鑑別的基準一覧表を 1985 年に初めて提示した。これは経験豊富な法廷鑑定人の予後鑑定を解析して開発したものである (Ehlers ら 1985 年、Nedopil 1986 年)。この一覧表は、予後に関する臨床関連側面を主として目標としたもので、犯罪学者の作り上げた予測因子の範囲を超えたものである。予後決定因子として、8 つの重要な基準が抽出された。この 8 つの基準は、ひとつひとつの有無を合計すれば予後が予測できるという性質のものではない。8 つの基準のひとつひとつの中に段階があり、被鑑定者はその段階のどこに位置するかについて評価され分類されるものである。基準は以下の 8 つである：病識および治療動機づけ、社会の受入れ状況が恵まれていること、臨床症状の除去、行為の自己批判的説明、率直な自己描写、今までに獲得した自由における保護観察、人格的成長が見られること、具体的で実現可能な将来展望、である。これらの項目はしたがってむしろ次元的なものであると言える。ひとつひとつの基準についての評価をまとめれば、予後評価は確かに容易になるが、個性記述的評価を加味することはできない。

Rasch (1984 年、1986 年) も同様に次元的一覧表を作成した。Rasch が予後予測のために重要としたのは以下の項目である：犯行の背景に存在した解発行為、人格、疾患。収容中の行動。自由の使い方もしくは「先の見通し (外向性)」

Bischof (1988 年) は、再犯のリスクのある精神病犯罪者のもっと類型的な記述を試みた。Bischof によれば、再犯者の類型というものは社会的特質として示されるものである。つまり累犯の受刑者の特質的なものであって、精神疾患の特質の色彩はあまりない。具体的には、初犯が若年であること、最初の収容前の犯罪の数が多いこと、施設からの脱走、などを Bischof は挙げている。再犯者は主に盗みを犯し、保安・矯正処分は受けておらず、精神科的治療もほとんど受けておらず、初犯者に比べて結婚率が低かった。再犯者の綿密な類型的記述は Göppinger (1984 年) に始まる。ただしそれを保安・矯正処分を受けている患者の予後予測に適用することにはもちろん限界がある。Leygraf と Nowara (1992 年) は、予後予測因子の大規模な一覧表を作成し、その因子の調査に信頼性があるか否か検討した。カナダの Philippe-Pinel-研究所は精神病犯罪者のリスク評価のためのアンケート調査を計画し (Millaud ら 1990 年)、これを治療コンセプトの開発と予後提示に使用しようとした。Speier と Nedopil (1992 年) は、性犯罪者における予測基準のスペクトルを拡げようという試みの中で、犯罪者の自己像と他人から見た像の相違の予後決定への影響に関して検討した。

これらの努力はドイツではほとんど受け入れられなかった。のみならず 1991 年にウエストファーレンの研究グループが「保安・矯正処分」(ウエストファーレンの「保安・矯正処分」研究グループ 1991 年) を批判している。その批判は、保安・矯正処分が予測道具主義 (prognoseinstrumentarium) を取り入れていないことに向けられている。この研究グループは、近年および十年前からの調査の多くは中止すべきであると考えている。再犯としての暴力行為が将来ないという信頼できる予測が欠けているためである。これまでの予測方法は、いずれも信頼性に欠けている。「方法論的には議論の余地があるものの、経験則の積み

重ねに基づく直観的予測が実際には最も良いと思われる」。しかしながら、この直観的方法の欠点は、教育することができないという点である。また、予後決定の判断が相違することや困難なことが常に指摘されており (Nowara 1996 年)、万能の方法はほとんどあり得ないと強調されている (Steinböck 1997 年)。しかしながら、だからといって、経験的研究からの知見を無視して個人の直観を信頼するのがいいということにはならない。

こうした問題はあつたものの、これまでの研究成果を応用することが、限られた領域では可能である。誤つた予測が批判を浴びることは避けられないが、いかに努力しようとも、予測力の向上はごく僅かであり、かなりの程度の不確実性があることを忘れてはならない (Harris ら 1993 年)。このことは、基準を用いた方法でも直観的臨床的予測でも同様だということとは当然である。「予後決定の不十分性」には特に科学的理論的根拠があることは、過去においても常々指摘されている (Kühl と Schumann 1989 年)。人間行動の科学的予測の可能性は一般にかなり限られている。また、予測できるのは一定の期間内の行動にすぎない (Arthur 1971 年)。人間行動のうちでも稀な行動は、全ての稀な事象と同様、さらに予測が困難である (Rosen 1954 年、Laves 1975 年)。犯罪の原因は、大体において多くの因子が錯綜しており、犯罪者が置かれている状況も大きな役割を果たしている。将来的に犯罪者がどのような状況に置かれるかについては、人格との関係は小さく、その予測には大きな制約がある。

保安・矯正処分からの退所時点における、将来の犯罪行為の予測についての厳密な検証は行われていない。なぜなら、犯罪行為があると予測された場合には退所させないからである。同様の理由で、犯罪行為があるという予測的中率の検証は不可能である。このことの数学的な意味は、統計学的方法で以下のように説明できる:

予測というものには、常に 2 種類の誤りがある。ひとつは、無いと予測したのに実際には発生した場合 (偽陰性) である。もうひとつは、有ると予測したのに実際には発生しなかった場合 (偽陽性) である。偽陰性の率が低いことを、感度が高いという。偽陽性の率が低いことを、特異度が高いという。

さて、再犯が予測される受刑者は、保護施設から退所させられないのが普通である。したがって偽陽性の率を知ることは不可能なので、特異度については実際には無視されることになる。偽陰性と偽陽性の率は予測される行動の基礎確率と、予測のために用いる方法の的中率から算出できる。再犯の予測においては、一般大衆のために高い安全性が要求されるので、予測ツールには高い感度が要求される。ツールの的中率が一定の場合、特異度が問題となってくる。感度が高いと、必然的に偽陽性の率が高くなるのである。たとえば再犯の基礎確率が 20%、再犯予測ツールの的中率が 75% の場合、再犯なしと予測された者が実際には再犯する (偽陽性) のは 100 例中 5 例、再犯ありと予測された者が実際には再犯しない (偽陰性) のは 100 例中 20 例になる。感度を上げて偽陽性を 100 例中 1 例にすると、偽陰性は 100 例中 68 例になる。

したがって、基礎確率に目を向けることが特に重要である。再犯の基礎確率が低ければ低いだけ、偽陽性の率が大きくなり、真の陽性と偽陽性間の比が悪くなる: 再犯基礎確率が 20% では、比は 68 対 19 で 0.28 であるが、基礎確率が 80% では 79 対 19 で 4.16 となる

統計学的に考えても、基礎確率が的中率より低い場合には、予後予測の確度を上げる方法はないことが示されている (Faust と Nurcombe 1989 年、Gouvier 1998 年)。そこで、たとえば的中率 75% の方法を用いて統計学的により良い結果を得るには、再犯基礎確率が 20% では全員退所させ、再犯基礎確率が 80% では全員収容とすれば、再犯は 100 例中 1 例となる。

さらに難点として挙げられることとしては、大部分の犯罪の再犯基礎確率は算出されてからまだ日が浅いことがある。また、再犯基礎確立に影響する因子は多数あり、たとえば犯罪の告発率、曝露率、犯罪者の性別や年齢、精神障害などに及んでいる。さらに、基礎確率は今のところ大部分の犯罪について推定値しか得られていないということもある。

上記のような方法論上の問題を理解していれば、再犯予測を行う際、どのような問題点

があり、どのようなミスの可能性があるかは明らかである。予測には必ずミスのリスクが伴うことや予測のミスは完全には避けられないことを承知しなければならない。統計的手法については改善の余地がある。たとえば「Receiver operated-characteristics」(ROC) 技術 (Mossman 1994 年) によって、確かに的中率の評価は向上するが、的中率自体を改善することはできない。それでもこの ROC を利用すれば、臨床的リスク評価の信頼性は高まるということが研究によって明らかにされている (Fuller と Cowan 1999 年)。

予測の信頼性に対する要求が非現実的なレベルの高さにあると、予測方法の改善へのあらゆる努力が失敗とみなされたり、予後評価が行われなくなったりする。このことは、保険数理的予測、臨床的予測、解釈的理解に関係する予測などにおいても言えることである (Volckart 1999 年)。

さらに、常に強調すべきことは、人間の行動の予測可能性には限りがあるということである。たとえ既知の状況で限られた期間についての予測であってもそれは同じことである。期間が短くなればなるだけ、状況が判っていればいるだけ、予測の信頼性も高くなる。最近の司法精神医学の予測能力の向上は、特に、司法外来診療部の設立により社会的受け入れが改善しつつある点、及びこの外来診療部により頻回に短期的な予後の情報が伝えられることが可能になった点に起因する。しかし、改定されたリスク評価方法においては、介入という点に関しては法的道具主義がほとんど適用されていないので、推測されるリスクへの早期介入の程度は限られたものになっている (Nedopil 1998 年)。

最近数年間において、多くの基準がまとめられ、一覧表が作成された。これにより、犯罪的行動、特に攻撃的行動の予測の正確さが増すことが期待されている (Browne と Howells 1996 年、Goldstein と Keller 1987 年、Nuffield 1982 年)。その多く、例えば Harris ら (1993 年) の Violent Recidivism Assessment Guide (VRAG)、Webster と Eaves (1995 年) の HCR-20、「McArthur Risk Study」(Monahan と Steadman 1994 年) の予測因子ならびに Nedopil らの基準一覧表の改訂版 (Nedopil 1997 年) の項目には共通点が多い。したがって、臨床的経験と経験的研究は、かなりの点で、少なくとも予測因子を比較することはできるようになった。上記予測ツールの全てに、Hare (1990 年) の PCL-R が含まれている。どのツールでも既往歴データと客観的に確認されたデータが重視されている。それゆえ複数のツールから予測因子を抽出し、総合リストを作成することが可能である。HCR-20 は、ヨーロッパでは既に十分検証されている (Belfrage 1998 年)。誤解を避けるためには、どの項目も予測パラメータではなくてリスク因子である点を強調しなければならない。調査した被験者において、リスク因子が実際に犯罪と結びついた時に初めて、予測の結論が出ることになるのである。このような基準一覧表では常に言えることであるが、個々の基準の評価および全体の中での重みづけのためには、精神医学の専門教育と経験と集中的訓練を必要とすることが指摘されている。非専門家にはこうした基準一覧表は使用できないと思われるが、予後鑑定を検討し、その透明性と信頼性の検証には利用できる。

こうしたツールにおいては、既往歴データ、一般的態度、一般的環境因子(武器が利用できるか、潜在的な被害者が存在するか)のような安定的因子は、動的因子よりも重視されている。動的因子とは、たとえば自己の疾患や犯罪の認識のようなものを指す。総計 29 項目のうち 16 がリスク因子になっている。Hare の PCL-R の評価では、ほとんど全ての項目において、行動パターンおよび生涯にわたっての態度を一つの値としてまとめることが求められている。つまり、ずっと以前の誤った行動が常に評価に影響する。そのため全体の値が変わる可能性はほとんどないので、このようなツールでは治療中および治療後の評価をすることは困難である。治療施設からの退所時の再犯予測、およびある特定の治療後の再犯予測のためには、さらに進歩したツールが必要である。Andrews と Bonta (1994 年) は、安定なパラメータを静的予測因子、可変的パラメータを動的予測因子と名付けた。Hanson (1998 年) は治療的観点から動的予測因子をさらに固定的と可変的に分類した。

やや図式的にすぎるきらいはあるが、リスク因子は次のように分けられる

- ・ 静的リスク因子：これは既往歴データ、人格関連素質、犯罪学的因子で構成され、リスク因子の総合リストではA項とB項の下に示される（表）。これらは保険数理リスク評価の基礎となる因子で、どういう人について再犯に気をつけなければならないかを示している。
- ・ 動的リスク因子：これはさらに次のように区別される：
  - a) 固定的な動的リスク因子：これには誤った行動、誤った態度、リスク包含反応パターンが含まれ、臨床的変数（リスク因子総合リストではC項と一部はD項の下に記載）に対応する。これらは治療の可能性の評価を可能にし、誰の力で再犯を減らすことができるのかを示している。
  - b) 可変的な動的リスク因子：臨床症状、種々の状況における態度と行動、例えば施設における反社会的行動、スタッフに対する苦情（「問題があるのは自分ではなく施設である」）、過去の暴力行為の否認あるいは否定、責任および後悔の欠如、非現実的な将来計画、アルコール中毒の存在、精神病症状の存在、コンプライアンスの欠如で構成される。これらは臨床的リスク評価を可能にし、どういう時に再犯に気をつけなければならないかを示している。

司法精神医学の任務として、リスク因子を減少させ、法的評価の蓋然性を向上させることも挙げられる。リスク評価においては、個々の事例で再犯率を低下させる因子の把握も重要である。現在使われている予測ツールには、方法的理由から、「リスク因子」に加えていわば「欠点」が収載されている。社会復帰のためには予防因子が大きな意味を持つにもかかわらず、ここではまったく無視されている。情緒的安定、融通性、適応力、阻害に対応する力などは、小児や青少年においては反社会的影響に対する抵抗因子として知られているが（LöselとBender 1999年）、成人においても同様の意味がある。このような観点からの考察は、精神障害のある犯罪者の予後に関する国際的文献においても少ないというのが現状である。

#### 4. 予後と治療の密接な関係

基準を利用して予後を決定しようという試みは、そのみでは科学的基準を満たすことはほとんど不可能である。予後鑑定において予測ツールおよび統計学的方法を単純に適用することは、方法論的理由からも不合理である。単純な適用では、個々の事例におけるリスク評価をすることはできず、可能なのはグループ比較だけである。この場合も、基準を用いた方法の方が直観的あるいは臨床的方法より優れていることが示されている。しかしながら、司法精神医学的活動においては、犯罪者個人個人を考慮することと、個性記述的理解を加味することが評価の前提となる。それを達成するには、操作的な基準は補足にしかならず、科学的な研究努力が必要になる。

リスク評価の科学的裏付けのためには、科学的理論形成と鑑定対象患者における犯罪発生仮説の作成が必要である。このような仮説作成は困難であり、どの事例でも成功するとは限らないが、こうした「実験的」方法は全く見込みがないわけではなく、特に法律に取り入れることが計画されている。保安・矯正処分における行動制限緩和と収容所からの条件付き退所は、当然ながら現在では明確な仮説作成なしに広く行われている。退所のためのリスク評価でも、このような仮説は作成されていない。むしろ、保安・矯正処分中の治療法の科学的確立の方が、科学的根拠に基づく予後評価を可能にするためには先決である。保安・矯正処分としての収容開始の時点で、理論作成と仮説作成を開始することが、治療のコンセプトを構築するためには必須である。したがって、保安・矯正処分としての入所に関する予後鑑定は、第20と21条の適用と重大な犯罪をその根拠にすることに限らなくてもよいということになる。収容指示鑑定の時点で、仮説作成を開始しなければならない。したがって、収容所からの退所を可能にするための条件として、その犯罪者において矯正しなければならないのは何かということについて最初に立てる仮説は、保安・矯正処分中の治療に影響を与える可能性がある。こうしたことから、公判において鑑定人に要

求される内容は、個々の事例での犯罪の原因だけでなく、その時々施設での治療の可能性にまで及ぶことになる。このような状況の下では、予測基準は軽視できない重みを持つ。予測基準は仮説作成の基礎となり、そこに経験が加えられていくためである。治療の経過において仮説は検討、棄却、補足あるいは更新することができる。刑の執行においても、仮説検定は役立つであろう。退所時のリスク評価は、何回も検討され、修正された仮説の結果である。

予後は、予定通りの退所においては重要ではないが、保安・矯正処分中の治療においては、開始の時点から、仮説に並行しているものである。予後と治療は、実際的にも方法論的にも密着している。鑑定と治療に連続性を持たせることが特に必要な場合もある。それは、収容と治療が法律的に強制されておらず（たとえば刑法典第 63 条）、どういう治療をするかは治療による予後によって決められる場合である。たとえば禁絶施設への収容や刑務所の社会療法的施設に収容された犯罪者がそれにあたる。鑑定人は収容指示の際、以下の質問に回答しなければならない：

1. 将来の犯罪についてどのようなリスク因子があるか
2. 具体的にどのような対策でこれらのリスク因子をなくすあるいは減らすのか
3. 許された時間内において、どのような状況ならそれが可能なのか

## 5. 予後鑑定の内容

予後鑑定の実施には、リスク因子の知識およびリスク因子と犯行間の理論的関係の知識だけでなく、予後鑑定の法律の熟知が必要である。その法律とは以下のようなものである：

- ・使用したデータと事実の信頼性についての綿密な検査：これを間違いなく行うためには、鑑定人はいくつかの情報源（裁判記録、病歴、個人的な尋問）にアクセスし、複数の情報源で確認された事実だけを用いる。予後鑑定中に記録調査を中断することは、他の鑑定の場合より、多くの著明で危険な評価ミスを招く可能性がある。データが有効であるという根拠が確固たるものであれば、それだけ既知の診断的コンセプトとの一致度が増すであろう。

- ・データ調査によって、評価の多次元解析が可能になるはずである。解析には、今までの生活様式・犯罪行為・既往歴、さらに人格が含まれる。ここでは生活の全ての側面を必ずしも同じ程度に調査する必要はない。特に重要なのは、予後関連の情報である。

- ・これらの解析を基に、鑑定人は犯行発生の仮説を作成し、犯行発生の条件となる因子が、過去から鑑定の時点までなお存在するかどうか、存在する場合にはどんな形態かを判定する。この場合、人間とは本来弱いものだというような決まり文句的な立場に立つべきではない。むしろ、被鑑定者に関係する証言をできるだけ種々の生活領域に渡って詳述すべきである。

予測ツールが鑑定人にとって有用なのは、リスク因子を知り、指摘できるという点であろう。リスク因子の総合リストに基づく処置が特に重要になるのは、判定困難な事例の場合である。問題となる点のひとつひとつについて、文献から利用できる科学的資料、自己の臨床的経験、被鑑定者の状況を、統計学的に定義された群との関係において説明することができる。これにより、鑑定書の読者は、個々の予後決定の背景にいかなる科学的および臨床的知見があるかを評価することができる。また場合によっては鑑定人の結論を相対化することができる。鑑定書をこのように読むことによって、個々の事例においても評価の誤りのリスクが減少する。

鑑定の仕事では、さらに、予測される被害の種類と程度、被害発生確率の提示が求められることがある。この場合、基礎確率がわかっていると、非常に有用である。鑑定人は、自分の証言能力の限界を承知していなければならないし、この限界を鑑定書に記載すべきである。限界の記載の仕方として一般的に推奨されるのは、予測された予後の適用される状況を定義することである。法律の条文を含むような書き方は、経験的知識とは馴染ま

ない。人がその人生において違法行為（あるいは危険行為）を犯さないという予測の根拠を経験科学的方法で示すことは不可能である。

鑑定における最終的総括は以下のような考察から成るであろう：

- 予測される事態の定義
- 犯罪特異的、疾患特異的、障害特異的、人格関連リスク因子の指摘
- 犯罪者を分類し、可能な限り均一なサブグループにする。このサブグループをリスク因子により定義する。
- これらのサブグループの再犯リスクについての経験的知識の提示、すなわち再犯についての基礎確率の評価、場合によっては発生する被害の種類と程度の予測、被害の発生確率についての証言
- 調査結果と既知のサブグループのデータとの関連。ここでは一致点と相違点を示す。
- リスク評価の適用されるべき状況の限定
- 再犯防止あるいは予後改善のための対策提示

## 6. 現在の知識水準の総括

予後研究の現在の水準を総括し、実用に適うようにすると、以下のようにまとめることができる：

1. 科学的予後研究は、将来の犯罪に関して直観的予測から基準を用いた予測へ向かう傾向にある。
2. 個々の事例(精神障害犯罪者個人)の将来の触法行動についての証言が要求される時、基準一覧表とこれに基づく統計学的予測方法にあまり多くを要求しても、その要求を満たすことは方法論的に不可能である。
3. 個々の事例において、基準一覧表を将来の触法行動に適用することには確かに限界があるが、こうした基準によって個々の事例の評価に幅が出ることになる。このような基準により、リスク考慮において重要な側面の見落としが防止され、裁判のための精神医学的患者評価がいかにしてなされたかを第三者が理解することができるようになる。
4. 今日の知識水準からなされるリスク評価においては、各患者の将来変化の動的側面と、リスク因子から得られた知識を組み合わせる必要があると思われる。
5. 予後決定は複雑な過程であるため、基準一覧表の適用そのものにおいても鑑定人の経験と直観が大きく影響する。したがって、鑑定人の判定に至る思考過程を把握でき、一般的な臨床的ならびに犯罪学的知見においてその思考過程が検証可能であることが重要である。
6. 司法精神医学者は、個々の事例においては、将来の犯罪リスク因子の提示以上のことをするべきではない。予防因子については、これを見落としてはならないが、過大評価すべきではない。さらに、リスク評価の適用されるべき期間と状況を挙げるべきである。
7. また、予後の安全性の改善につながる介入方法と介入機会を提示すべきである。
8. 鑑定において、現在の法律の条文に従って結論を出すと、それは経験的な根拠に基づいて出した結論とは一致しない。鑑定において法律の条文に従った結論を提示することは、鑑定人が「白衣の裁判官」になってしまうことに他ならない。

鑑定基準（退所時の判断）

Leygraf: Begutachtung der Prognose im Masregelvollzug. P349~, In Venzlaff & Foerster (eds) Psychiatrische Begutachtung より

1. 病歴(特に過去の犯罪行為に関するもの)

- 家族歴（内面的または外面的安定の欠落、風変わりで一貫性のない教育様式、アルコールまたは薬物乱用、他の近親者の非社会的行為など）
- 生活史（怠学、非社会的行動様式の早期開始、早期のアルコールまたは薬物乱用、労働持続性の欠落、不安定な協調性、高頻度または長期の犯罪的行為、保護観察処分中の犯罪行為の反復など）
- 触法行為と精神障害との関連：精神障害によるものか、外部的な影響因子によるものか
- 触法行為は特異的な加害者－被害者関係に基づいているか
- 触法行為時点でのアルコールまたは薬物の影響

2. 人格や疾患に関する現症

- 人格要因：情感の豊かさ、感情移入能力、罪悪感能力、寛容性、経験による変化の可能性、行動管理、(犯罪の) 自己概念
- 精神疾患の状態

3. 犯罪行為後の経過

- 欲動をコントロールして環境に順応する能力、特に衝動を管理する能力、
- 病棟の日常生活における協調性、
- 病識または人格の問題に関する批判的な自己査定、
- 治療の提案を自覚するための治療の動機づけおよび心構え、
- 精神疾患症候の(投薬による) 治療に対する反応および再発予防の成功、
- 過去の違法行為に関する分析、
- 入院患者、共同作業員および施設外部の人との人間関係の形成と維持の能力、
- 治療との結びつきの強さ、
- 患者グループの「サブカルチャー」に対する態度またはこの中における立場、
- 情動的な共感および感情の細やかな動き、
- 易刺激性や欲求不満耐性、
- アルコールまたは他の依存性物質の摂取、
- 機能的または転換神経症の傾向、
- 経験学習能力、
- 衝動力および持久力、
- 日常生活の組立て能力および余暇形成能力、
- 現実的な将来の方向付け。

4. 将来の展望（「ある条件のもとでは」という形の判定）

- 将来の社会との接触
- 生活条件
- 労働能力
- 外来治療の継続

## リスク因子の総合リスト Nedopil Forensische Psychitrie より

### A. 当該犯罪

1. 統計学的再発確率
2. 犯罪についての状況因子の意義
3. 一過性疾患の影響
4. 人格障害との関係
5. 動機関係の認識性

### B. 既往歴データ

1. (H1) 早期暴力使用
2. (H2) 最初の暴力行為時の年齢
3. (H3) 配偶者関係の安定性
4. (H4) 就労関係の安定性
5. (H5) アルコール／ドラッグ乱用
6. (H6) 精神科的障害
7. (H8) 早期適応障害
8. (H9) 人格障害
9. (H10) 保護観察中の早期違反

### C. 犯罪後の人格的因子（臨床的変数）

1. 病識と治療動機づけ
2. 自己の犯罪を反省している集団にいること
3. 顕著な精神症状の改善
4. (C2) 親社会的／反社会的な生活態度
5. (C4) 情緒的安定
6. 対処メカニズムの発達
7. 収容施設での治療・教育による続発被害の防止

### D. 社会的受け入れ体制（リスク変数）

1. 就労
2. 宿泊所
3. 監視機関との社会的関係
4. 公的監視の可能性
5. 被害者との接触可能性
6. (R2) リスクへの接近の可能性
7. (R4) コンプライアンス
8. (R5) ストレッサー

#### PCL-R 値

Webster と Eaves (1995 年) の HCR-20 の項目の中で、明確で扱いやすい項目はそのまま借用した。HCR-20 の項目は括弧内に示してある。

再犯性の基礎確率（近似値）

（文献の分析、2～6年間に於ける再犯率；詳細はGroß [2000年]）

再発率50%を超える犯罪

- ・ 道路交通犯罪
- ・ ドラッグ犯罪
- ・ 同性小児愛者の性的犯罪

再犯率25～50%の犯罪

- ・ 傷害
- ・ 窃盗
- ・ 露出症
- ・ 小児愛者の性犯罪

再犯率10～25%の犯罪

- ・ 強盗
- ・ 放火
- ・ 強姦および強制猥褻

再犯率3～10%の犯罪

- ・ 近親相姦
- ・ 小児愛者の暴力犯罪

再犯率0～3%の犯罪

- ・ 謀殺および故殺