

①PCL-R の概念構成

Hare は、1985 にサイコパシーを 22 項目で構成されるサイコパシー・チェックリスト PCL を使用することによって標準化することを提唱した(Hare,1985)。こうして 1990 年には、信頼性・妥当性を検討した結果、20 項目(資料 3 参照)からなる改訂版 PCL-R を開発し、これが現在にいたるまで広く用いられるようになった(Hare,1990)。

PCL-R は、半構造化面接によって情報を収集し、これに基づき採点を行う。この面接を行うことができるのは(1) Ph.D.か D.Ed.、M.D.のような社会科学、医学、行動科学の上級学位をもっていること、(2) 精神障害の評価や診断を統制する州立や地方の登録団体に登録されていること、(3) 司法心理学か司法精神医学の修了証書の、臨床法医学場面での実務かインターンの修了、類似体験の得られる関連職務に最低 2 年の登録があるといった証明があること、(4) 十分に妥当と考えられる対象に PCL-R の使用を限定すべきであるとしている。すなわち現在のところ、男性対象者に対して公的組織の矯正施設および地域の矯正施設、司法精神病院、起訴前鑑定または拘置所にて施行することとなる。(5) PCL-R の使用にあたり適切な訓練と経験を積むべきであるとしている。

PCL-R の各項目は 3 点尺度法を用いて採点される。すなわち 0 が「該当項目は対象に適用できない」であり、1が「ある程度、ないしは幾つかの点で」で適用可能であり、2が「極めて、ないしは基本的要素において」適用可能であるとする。この判断には、相当の慎重さが必要とされる。総合得点が 0 点から 40 点までの範囲にわたることになっている。

PCL-R の重要な特性として、第 1 因子と

第 2 因子の存在が挙げられる。下位尺度としての両者は、サイコパシーを特性による評価と行動面からの評価を行い、従来臨床上用いられてきた行動尺度に基づいた反社会性人格障害の診断レベルを超えた、本質的犯罪親和性人格を描き出そうとしているものである。第 1 因子はサイコパシーの特性とみなされる人格傾向で、いわゆる「自己中心的で、冷情性、他者を良心の呵責を感じることなく利用する」というものである。この尺度には、0 点から 16 点までの幅がある。第 2 因子は本質的に反社会的な行動特性で「慢性的に不安定で反社会的な生活様式および社会的逸脱行動」に関する要因とされており、0 点から 18 点までの幅を持つ。項目 11、17 および 20 については、第 1 因子にも第 2 因子にも該当しない。

PCL-R の適用の汎用性を妨げる要因に半構造化面接が必要とされることが第一に挙げられるが、更に問題となるのが付帯情報を必要とする点である。すなわち、面接から得られた情報が正確であるかを検証するための情報、客観的事実として必要な情報等をえるため、犯罪記録、家族からの情報、当該犯罪の警察の調書、医学検査および心理学的検査の結果等の情報を可能な限り入手することを求めている。

②PCL-R によるサイコパシー水準の国際的比較

PCL-R のカットオフ値は従来 30 点以上をサイコパシーとするものとされてきた。しかし、PCL-R が国際的に使用されるようになってより、全ての国でこのカットオフ値が適用できるわけではないことがわかってきた。少なくとも北米とカナダでは従来の値でよしとされている。スウェーデンでも裁判所から司法精神鑑定の本鑑定を委嘱され

たものを対象とした場合は 30 を採用することが可能であるとしていた (Staelenham, 1996)。デンマーク、スコットランド、ノルウェー、ドイツはカットオフ値をほぼ 5 ポイント下げることが提唱している。スウェーデンの通常の司法精神鑑定では、Hare の提唱するカットオフ値を議論するものではないとしながら、実際には 25/26 で 2 群に分けていた。わが国の犯罪発生率の状況 (法務省犯罪白書, 1999) をみると、北米よりはむしろヨーロッパ諸国に近い状況であり、日本の受刑者を対象にした場合も PCL-R のサイコパシー/非サイコパシーのカットオフ値は従来の 29/30 ではなく、24/25 ないしはそれよりも低い値が想定されると思われる。

③サイコパシーと再犯性

性犯罪者は、全般に治療抵抗性を示すが、中でもサイコパスは早期かつ頻回に再犯をする傾向が高いとされる。Quinsey ら (1995) は、強姦犯と幼児わいせつ犯の追跡調査の結果、釈放後 6 年以内に、サイコパスの 80% 以上が暴力的犯罪を再び犯したのに対し、非サイコパスは 20% に過ぎなかったとして、サイコパシーが性的・暴力的再犯性の一般的予測因子とならした。Hemphill ら (1991) は、刑務所から釈放後 1 年間に観察期間として、サイコパシー群は、その他の犯罪者群に比べ再犯率が 2 倍であるとした。

性犯罪者の大規模調査を行った Rice と Harris (1995) は、PCL-R の得点から一般的暴力的再犯性の予測が可能であるとしており性的異常のある思春期の犯罪者では、PCL-R 得点の上昇と暴力的犯罪の再犯傾向が高いことを示唆している。Reiss (1996) は自らの結果を踏まえた上で、彼らを収容期間終了後そのまま社会に出すことは極

めて危険であり、中間施設の必要性ないしは追跡調査が必須であること、また PCL-R 高得点 (サイコパシー) 者には特別な矯正プログラムを用意しない限り従来のプログラムには殆ど反応しないことを指摘した。Gretton ら (1999) によれば、5 年以内のサイコパシー群の再犯率は非サイコパシー群の 3 倍であり、測定上異常な性的興奮を示すサイコパシー群では 90% 以上が少なくとも 1 件は再犯を犯すとした。興味深いのは、成人性犯罪者の PCL-R 高得点群は性犯罪の再犯可能性が推定されるが、若年性犯罪者のそれは暴力を含め全般的犯罪の再犯可能性を推定することができるという点である (Hare, 1999)。

④サイコパシーの治療可能性

サイコパシーの治療可能性についての知見を紹介する。ここでいう治療可能性とは、とりもなおさず再犯の可能性を低減させられるかを意味することになる。従来は、治療反応性がよくないとされてきた。これはサイコパシーの定義そのものが示しているように、本人自身が個人的苦悩を感じていないこと、態度や行動が不適切であると思っていないことから、治療することが直接の利益につながる場合 (例えば保護観察処分や仮出所の認定に関わる場合) を除いて、彼らが積極的な関心を示さないからである。むしろ通常の犯罪者に対して行われる対人関係や共感性を改善する目的の治療プログラムは、逆効果であるという (Losel, 1998)。人格障害のある犯罪者を治療するために開発された治療的コミュニティ・プログラムも、PCL-R 高得点者には効果がないと報告されている (Ongolf, 1990)。Rice ら (1992) は、重保安精神病院の患者カルテから PCL-R の採点を行い 25 点以上をサイコパシー、25 点未満を非サイコパシ

一とした。この2群を集中的長期治療的コミュニティ・プログラムの元に処遇を行い結果を比較したところ、治療を受けたサイコパシー群は非治療群よりも暴力的再犯率が高くなってしまったという。著者らはこれを、内省を目指したプログラムが、返って彼らが「ヒトを操り、欺き、利用する」ための方法を手助けする効果をもたらしてしまったからであろうと考察している。現在 Wong ら (2000) が再燃防止技術と認知行動矯正プログラムを統合した治療技法を開発中であるという。

Hare(1999)は、サイコパシー群が、治療不可能であり、行動の修正が不能であると結論を出すのはまだ早いとしている。しかし、サイコパシー群が現在までのところ行動の修正が可能である、ないしは治療が可能であるとの肯定的報告は出されていない。これは、プログラムを開発し評価する側の課題であるのか、サイコパシー群の本質的特性であるのか、やはり結論が出ないところである。

2) VRAG: Violence Risk Appraisal Guide (暴力の危険性評価指標)

Harris, Rice と Quinsey らにより1993年に発表されたものであり、1994年にカナダ、トロント大学犯罪学センターから「危険性評価指標 Risk Assessment Guide; RAG」の名で発表された。12の項目で構成されており、数理統計学的方法で用いるよう設計されている。これは重大暴力犯罪で有罪判決を受けて服役後、地域社会に釈放されて暴力関連の犯罪を犯して逮捕されるまで7年間ほど追跡調査を行った618名の男性司法精神医学患者標本のデータに基づいて、数理統計的に最適化する方法論から作成されている。12項目は、こうして計算

した標本から出された重み付け手法に基づき採点を行う。Rice と Harris (1995) によるとVRAGは、暴力犯罪の再犯予測に関しては0.73から0.75という極めて高い予測精度をもっているという。ただし性犯罪者集団における性的再犯の予測はそれほど高くはならなかった(Rice and Harris, 1997)。

VRAGは生活歴とおおむね固定的要因に基づいて判定されるため、単純化されすぎているという批判もある。著者らは数理統計的評価に際しては臨床要因の評価を補うことを推奨している。このために、当初VRAGとともに臨床チェックリストASSESS-LISTを追補したViolence Prediction Scheme VPSという形を発表した。

3) HCR-20: Historical, Clinical, and Risk management factors (生活歴因子・臨床因子・危険性対応因子—20)

これは3つの尺度からなり、20の変数で構成されている(資料2参照)。

この尺度は Webster, Douglas, Eaves と Hart が1997年に発表したものであり、VRAGのような最適化手法と異なり関連する文献から考案された概念的かつ合理的生産物である。よってHCR-20の項目が示す因子と構造は多くの研究で支持されているものであるということができ、多くの状況設定と多様な標本に対して使うことができるといえよう。

本尺度の項目は重み付けされておらず、全て0(手に入った情報からこの項目は該当しなかった)、1(手に入った情報から、この項目は該当といえそうか、中等度該当)、2(手に入った情報からこの項目は確実に該当)で採点する方法を用いている。この採点システムは、PCL-Rから解釈を得た

ものである。現在カナダの連邦刑務所内の精神保健サービスを必要とするような囚人の治療施設であるカナダ矯正サービスの地域保健センターの 1993 年の暴力犯罪者プログラムに委嘱された 75 名の内、無作為の 10 件に基づいた評定者間の総得点の妥当性は 0.80 であった。

本調査は、開発されてまだ日が浅く、危険性対応尺度(R)を測定するには 10 年は要するとされている。対象がまだ釈放された後の追跡調査結果を得ていないため R 尺度を採点対象としていない「HC-15」での結果、H 尺度のみを用いた「H-10」の結果などが報告されている。

4) ICT モデル

Monahan ら (2001) は MacArthur Violence Risk Assessment Study において、精神科急性期病棟を退院した患者 951 人に対し、1 年間に渡る暴力の追跡調査を行った。

その際、暴力のリスクを査定するモデルとして ICT (Iterative Classification Tree) モデルを開発した。ICT モデルでは各変数によって被検者をグルーピングする作業を繰り返す。例えば Seriousness of Arrest という変数によって 3 群に分け、その 3 群に対し、Motor Impulsiveness などの変数で更に群分けを行う。この作業を繰り返す中で暴力の生起率が 9% 以下になったグループを低リスク群、37% 以上になったグループを高リスク群とし、どちらにも該当しないグループについてはリスクファクターによる群分けを繰り返す。1 群の人数が 100 人以下になったところで分岐を終了し、低リスク群にも高リスク群にも分類されなかった対象について新たな Classification Tree を適用、再分類を行う。これを繰り返すことで被検者を低

リスク群、高リスク群そして最後まで分類されない中リスク群に分けた。

更に著者らは複数の ICT を組み合わせることで予測精度を高めようとした。その結果最終的には 5 つの ICT を組み合わせた Multiple ICT モデルを開発。その中で各被検者は 5 つの ICT での低リスク、高リスク、中リスクの評定を総合することによって得られた 5 つの Risk Class に分けられる。

この Multiple ICT モデルは area under the ROC curve=0.88 と優れた検出精度を持つ。またモデルに使用されるリスクファクターはカルテ情報や日常診療で得られるものだけに限り、構造化面接などが必要とされる変数は用いていない。著者らは Multiple ICT モデルをコンピュータソフト化することにより、診療等で得られた情報を入力するだけで対象をいずれかの Risk Class に分類することを可能にした。簡便でありながら高い精度のリスク予測をすることができる。問題点として、

① Multiple ICT モデルは容易にして高い予測精度をもつが、臨床現場への応用に際しては問題点もある。

② Multiple ICT モデルでは 38 の変数によって被検者の暴力を予測するのであり、何らかの介入によって可変の変数と不変の変数の両方が区別なく用いられる。そしてその多くは性別、過去の犯罪の程度や頻度といった不変のものである。即ち MacArthur Violence Risk Assessment Study そのものがリスク予測を追求したものであるため、リスクマネジメントについては考慮されていない。

③ また Multiple ICT モデルの全容は記載されていないため、使用にあたっては著者からコンピュータプログラムを送付してもらう必要がある。

5) 小括

わが国では、米国に比して凶悪犯罪が発生しにくいという一般的通念を、サイコパシー性犯罪者という観点から言い改める必要があるであろう。すなわち、サイコパシーの概念が米国、カナダの水準より見かけ上軽度であっても、英国・ヨーロッパ諸国でいうところのサイコパシー概念と同水準であったと想定するなら、そうした一群を対象に犯罪捜査・取調べ、および犯罪予防対策を講じていく必要があるからである。米国・カナダではサイコパシーの犯罪者に占める割合とカットオフ値を下げた諸国での犯罪者集団に占めるサイコパシーの割合は類似してくる。対象集団のとり方によっても変わってくるのであるが、サイコパシーはその国の犯罪文化と道徳規範といった基準の元に判定していく必要があり、その意味で有病率は国によって大きく差はないであろう。今後、わが国でも PCL-R に基づく犯罪者のサイコパシー有病率を測定し、日本国民のカットオフ値を認識する必要があるといえよう。

また性犯罪者に関してみても、中でもサイコパシーを有するものの殆どが、必ずしも性犯罪を再び犯すのではなく、むしろそれ以外の犯罪を再犯しているということである。性犯罪者のサイコパシーの罹患ということは、PCL-R の項目 20 (表 1 参照) にも示唆されているよう一般的な多種方向犯罪者であることを示唆しているのであり、違法行為自体が性的特異的な性癖と結びついているわけではないということである。法執行機関において、犯罪者のサイコパシー水準を把握することは、その再犯予測性に密接に結びつくことから極めて重要であるといえよう。

従来の精神病質概念を離れ、共通のサイコパシー概念を用いて犯罪者群、および触法精神障害者群との関連性について通覧してきた。サイコパシー概念を、犯罪者の捜査・取調べの中で導入することの重要性、犯罪予防(再犯予測)、被害者教育といった面で応用することが多くの意義を有すると考えられる。PCL-R を用いたサイコパシー概念によって精神医学および刑事政策の歴史に大きな混乱を来し、議論のテーマにのせることを避けて通れがちであった精神病質概念を標準化して議論することができるようになるといえよう。これは、それぞれの捕らえている概念が同様の対象を指していることを示す。また、標準化の作業により、国際的にも凶悪な犯罪者を共通の概念基準の上で議論することができるようになるといえよう。

VRAG も HCR-20 もサイコパシーの項目を含んでおり、本質的に PCL-R におけるサイコパシー概念が暴力性、再犯性の予測には不可欠であるといえそうである。H-10 は、触法精神障害者を対象とした調査では VRAG と同等の暴力性予測妥当性を示していた。「HC-15」は更に高い予測妥当性を示しているが、いくつかの問題点が指摘されている。

すなわち臨床尺度を考慮に入れる場合は、とりわけ主要な精神障害のある触法精神障害者の暴力性予測に精度が高くなる。人格障害者や、矯正施設内の暴力的犯罪者全般の中には治療必要性の該当しない者も多数あり、調査対象の条件設定による使い分けが必要となってくる。

これまでの研究は、レトロスペクティブな研究が主体をなしており、また人格障害者の再犯スパン(犯罪と犯罪の間隔)と統合失調症のような DSM における I 軸診断の

ある精神障害者の再犯スパンには差があると考えられ、目標とする予測の期間の設定が異なってくることを考慮に入れる必要があるといえよう。

D 考察

1. 医療観察法と評価(リスクアセスメント)

医療観察法は他害行為について臨床的なリスクアセスメント・マネージメントの概念を我が国へ本格的に導入する試みであり、法律の目指す治療理念と、治療戦略についての枠組みを明文化することが求められる。すなわち入院の決定等の基準を「入院をさせて医療を行わなければ心神喪失又は心神耗弱の状態の原因となった精神障害のために再び対象行為を行なうおそれ」と他害行為と再犯予測に強く依拠した判断より、「対象行為を行な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なうことなく、社会に復帰することを促進するため、入院させてこの法律による医療を受けさせる必要」等に改められたことは、危険概念で予防拘禁するところから、治療の必要性を強調した概念に変更したと理解して、そのための臨床医学的なリスクアセスメントの導入をはかる枠組みを明確にすべきである。治療可能性の判断もこの延長線上にある。

医療観察法と評価からは次の点が求められる。

- 1) 入院の判断から条件付きの通院、さらには社会復帰までのガイドラインを作成する。
- 2) 精神障害者の犯罪に関するリスクアセスメント、マネージメントに関して方法論をガイドラインで示す。
- 3) 新しく導入される役割(精神保健審判員、精神保健判定員、社会復帰調整官、

精神保健参与員)や司法精神医学に関係する専門職の資格、養成に関するガイドラインと将来計画(数、職務、知識・技能)を策定する。

4) 新法と精神保健福祉法との関係をガイドラインで示す。新法で治療が始まり、回復を評価(リスクアセスメント)しながら通常の精神保健福祉での処遇に移行する。

5) 評価方法、リスクアセスメントの決定プロセス、入院期間、治療技術、処遇技術、スタッフの倫理綱領、関係者の守秘義務と連携での情報開示の関連など臨床的なガイドラインを作成する。

6) 各種報告文書の書式を作成する。記載すべき必須の項目に関して指示し、また検討されるべき項目を明示する。

7) 治療経過を監査する体制をあらかじめ組み込み、政策に反映させるシステムを通常業務として行う。

8) 裁判所(審判所)が医師ないしは他の専門職が行ったリスクアセスメントを基に処遇やその変更の決定を行う。処遇の不服申請を受け付ける第三者機関の役割と機能性は大きく、その役割は社会保障審議会に位置づけられている。また定期的な報告を受け実地審査を行う機関が明確ではない。処分を決定後も裁判所が英国のホームオフィスの役割に相当して行政的な判断を行う無理がある。Mental Health Review Tribunal MHRT が機能的に動くことで法律の中立性を確保できる英国のシステムを採用すれば、精神医療審査会の方が臨床的に有用である。

9) 鑑定(リスクアセスメント・マネージメント)業務が臨床的に重要となる。そのためのセンターを全国に設置する必要がある。

またこれまでの犯行当時の精神状態に力点が置かれた鑑定から治療的提言を含んだ鑑定に質的に変化する必要があり、これらの教育や研究を行う必要がある。

2. 評価の対象

新法は強制治療を医療原理 (paternalism) と司法原理 (侵害原理 dangerous standard) が混在する形で決定するが、あくまでも医療原理を基本に置くべきである。そのために重大な他害行為を要件として治療を必要とするかリスクアセスメントが基礎である。リスクは抽象的ではなく具体的に検討される。

多くの研究が示唆するように人格障害を有する者に暴力行為の可能性が高く、反社会性人格障害を除外しても、重複診断で人格障害の傾向を有する者が多く対象として含まれる可能性がある。新法は心神耗弱を対象にしていることから、人格障害が評価の対象となる可能性は大きい。

同様に暴力犯罪の危険性を増すとされる薬物乱用による精神障害、特に精神病状態では「犯行時責任能力なし」で「審判時判断能力あり」と判断の解離が生じる可能性が高い。治療の必要性和治療可能性の評価を科学的判断として行いうるのか、それに基づいて運用できるか問題となる。これらの疾患と暴力の発生頻度に関する研究では Walsh(2001)に分裂病での研究を振り返り、その関連を確認したが、同時に社会全体で起こる暴力犯罪の10%以下にしか関与していないことも示した。

「対象行為を行な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なうことなく」の判断においては再犯の定義が問題である。統計的には重大犯罪は繰り返され

ない。罪名中心に予測すべきで罪名によって再犯パターン、頻度はことなる。暴力犯罪と性犯罪、放火では各々の間の再犯率は同一ではない。ある犯罪と同種の再犯予測は当たらない、ある犯罪と違法一般予測は当たるなどを検討する。前提として治療を考えた場合、刑事施設で具体的にできる治療行為はどの程度かを知る必要あり。これらを加味しての医学的な判断になる。

3. 評価の理論・実際・限界

臨床的なリスクアセスメントを基礎に、保険計数的なリスクアセスメントを併用するのが実際で、そのための情報や検討の在り方には英国の CPA や MDT が参考になる。リスクアセスメント・ツールでは PCL-R、PCL-SV、HCR-20、VRAG、MacArthurVRAS が代表的なツールとして研究されている。

Dolan(2000)は暴力の危険予測を文献的に検討し系統的、構造的なリスクアセスメントは臨床的な予測を高めるが、まだ不確かな科学であると結論した。Webster(1997)は構造化した臨床判断のツールとして自ら開発に関与した HCR-20 について、①評価が正確な方法で行われること、②評価者が訓練されて知識と体験を有すること、③決められた期間における暴力の予測に限ること、④暴力行為が検出でき記録されていること、⑤全ての関連情報が利用でき実証できること、⑥保険数理的な評価は十分な正当性があるときのみ適応することを満たすことができれば大変有用なことを示した。Hart(1998)は同様に構造化した臨床判断のツールである VRAG について系統的な情報の集積を促進するが、評価過程では安定したものではないが、臨床医が専門的

な決定を行うときには有用であるとする。Monahan(2000)はMacArthur研究を進める上で新しい暴力のリスクアセスメントに関する保険数理的方法(Iterative Classification Tree ICT)を提唱したが、その基礎となるリスクファクターの検証を実証的に行った。106のリスクファクターについて検討し、リスクファクターとして有用な因子は人種、言語性 IO、PCL-SVの点数(12以上)、Novaco Anger scale、教育歴、入院歴、最近の暴力歴、逮捕歴(重大さ、頻度、対人、対物)、こども時代の虐待歴と頻度、父親の薬物歴・逮捕歴・飲酒歴、15才までの父親との同居歴、頭部外傷歴(意識障害をとまなう)、反社会性人格障害、DSM-III-R Checklistで大精神病(薬物使用なし)は負の相関、薬物乱用、薬物・アルコール依存、ある種の妄想(作為体験、脅威を感じる被害妄想)、暴力の空想(特に頻度が高い、同じ人に対するもの、害が拡大する、標的がある)、入院時の薬物乱用・暴力、薬物乱用を抽出し、三つのカテゴリーに分けその組み合わせで暴力の将来の予測を行った。これらのリスクファクターは臨床的に情報を得る指標にもなりうる。

4. 治療可能性を巡って

治療可能性を巡っては英国の精神保健法 1983 が人格障害と重篤な知的障害の触法精神障害者を入院させる際に、その判断を医師に求めている。具体的には実際に治療にあたる医師が評価し、最大1年の期間を決めて実際に治療にあたり、その上での判断を保障している。治療可能性に関しては議論が多いところであり、人格障害と重篤な知的障害では否定的な見解が優勢である。しかしパラノイアや治療抵抗性分裂病をどうするのか、また重複診断

で分裂病・人格障害・薬物依存の症例は暴力犯罪の高さによって最も治療対象として期待されるが、治療可能性では多くの問題を残す。尚、「Treatability」に包含される語義の整理も必要である。

E 結論

新法下での再燃・再犯可能性を要件とする治療の必要性について、その判定のための基本的問題点を整理した。新法の適応対象、犯行時責任能力と審判時判断能力と治療可能性の3軸での、治療可能性の概念導入と診断カテゴリー別の EBM、リスク予測因子の含め方などが主な論点であった。また、諸外国での治療の必要性(再犯予測性)に関する評価の在り方を先行研究、視察により検討し、代表的評価ツールや評価方法についてわが国の新法下での評価システム構築への応用可能性を検討した。さらに、明確化されるべき臨床医学的リスクアセスメントの枠組みを提示した。

F 健康危険情報

なし

G 研究発表

- 1) 平野誠: 国立病院の立場からの診療録開示 臨床精神医学 32:55-60, 2003
- 2) T.Nakahara, T.Kuroki, E.Ohta, T.Kajihata, H.Yamada, M.Yamanaa, K.Hashimoto, T.Tsutsumi, M.Hirano, H.Uchimura: Effects of the neurotoxic dose of methamphetamine on gene expression of parkin and Pael-receptors in rat striatum. Parkinsonism and Related Disorders9: 213-219, 2003
- 3) 平野誠: 暴力を振るう対応困難事例一

チーム医療の重要性 新世紀の精神科治療;第1巻 統合失調症の診療学(松下正明編)、中山書店、238-248、2002

4)内村英幸、久保秀代、平野誠:長期保護室使用重症分裂病の病理と対応「チーム医療」精神科保護室の看護とチーム医療(内村英幸、吉住昭編)、金剛出版、126-139、2002

5)T.Nakahara, M.Hirano, H.Uchimura, S.Shirali, C. R. Martin, A.B.Bonner, V.R.Preedy :Chronic alcohol feeding and its influence on c-fos and heat shock protein-70 gene expression in different brain regions of male and female rats. Metabolism 51: 2002

6)L.Gotoh,N.Kawanami, T.Nakahara, H.Hondo,K. Motomura, E. Ohta, I. Kanchiku, T. Kuroki, M. Hirano, H. Uchimura:
Effects of the adenosine A1 receptor agonist N6-cyclopentyladenosine on phencyclidine-induced behavior and expression of the immediate early genes in the discrete brain regions of rats. Molecular Brain Research 100, 1-12, 2002

H 知的財産権の出願、発録状況(予定を含む)

なし

<文献>

Areneault, L., Moffit, .,et al (2000) Mental Disorders and Violence in a Total Birth Cohort. Arch Gen Psychiatry, 57, 979-986.
Bonta,J., Law,M., Hanson,K. (1998) The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disorders: a

meta-analysis. Psychological Bulletin, 123.123-142.

Dolan, M., Doyle, M. (2000) Clinical and actuarial measures and the role of the Psychopathy Checklist. British Journal of Psychiatry,177, 303-311.

Gretton, H., McBride, M., O'Shaughnessy, R. et al. (1999) Psychopathy and recidivism in adolescent sex offenders. (in preparation)

Gunn,J.(2000) Future direction for treatment in forensic psychiatry. British Journal of Psychiatry,176, 332-338

Hare, R.D. (1985) The Psychopathy Checklist. Unpublished manuscript.

University of British Columbia, Vancouver, Canada.

Hare, R.D. (1985) Comparison of procedures for assessment of psychopathy. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 53: 7-16

Hare, R.D. (1990) The Hare Psychopathy Checklist-Recised : Manual. Multi-Health Systems.

Hare, R.D. (1999) Psychopathy and a risk factor for violence. Psychiatric Quarterly (New York). 70(3): 181-197

Hemphill, J.F., Wong, S.(1991) Efficacy of the therapeutic community for treating criminal psychopaths. Canadian Psychology. 32: 206

Isonhohanni, M.,et al (1997) Specific Major Mental Disorder and Criminality: A26-Year Prospective Study of the 1966 Northern Finland Birth Cohort. Am J Psychiatry1, 54, 840-845.

Losel, F.(1998) Treatment and management of psychopaths. In D.J. Cooke, A.E. Forth, R.D. Hare eds. Psychopathy: Theory,

- research and implications for the society. Dordrecht, The Netherlands: Kluwer
- Monahan, J., Steadman, H.J. et al (2000) Developing a clinical useful actuarial tool for assessing violence risk. *British Journal of Psychiatry*, 176, 312-319.
- Monahan, J., Steadman, H., Silver, E. et al (2001) *Rethinking Risk Assessment, The MacArthur Study of Mental Disorder and Violence*. Oxford University Press
- Mullen, P.E. (2000) Community care and criminal offending in schizophrenia. *Lancet*, 355, 614-617.
- Ongolf, J.R.P., Wong, S., Greenwood, A. (1990) Treating criminal psychopaths in a therapeutic community program. *Behavioral Sciences and the Law* 8: 81-90
- Quinsey, V.L., Rice, M.E., Harris, G.T. (1995) Actuarial prediction of sexual recidivism. *Journal of Interpersonal Violence*. 10: 85-105
- Reiss, D., Grubin, D., Meux, C. (1996) Young "Psychopaths" in Special Hospital: Treatment and Outcome. *British Journal of Psychiatry*. 168: 99-104
- Rice, M.E., Harris, G.T. (1992) A comparison of criminal recidivism among schizophrenia and nonschizophrenic offenders. *International Journal of Law and Psychiatry*. 15: 397-408
- Rice, M.E., Harris, G.T. (1995) Psychopathy, schizophrenia, alcohol abuse and violent recidivism. *International Journal of Law and Psychiatry*. 18: 333-342
- Staelenham, E.G., von Knorring, L. (1996) Psychopathy and Axis I and Axis II psychiatric disorders in a forensic psychiatric population in Sweden. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 94: 217-223
- Swanson, J.W., Holzer, C.E., Ganju, V.K., Jono, R.T. (1990) Violence and Psychiatric Disorder in the Community: Evidence Form the Epidemiologic Catchment Area Survey. *Hospital and Community Psychiatry*, 41, 761-770.
- Swanson, J.W., Borum, R., Swartz, M.S. (1996) Psychotic symptom and disorders and the risk of violent behaviour in the community. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 6, 309-329.
- Taylor, P.J., Lees, M., Williams, D., et al (1998) Mental disorder and violence. A special (high security) hospital study. *British Journal of Psychiatry* 172, 218-226.
- Tiihonen, J., Walsh, E., Buchanan, A., Fahy, T., (2001) Violence and schizophrenia: examining the evidence. *British Journal of Psychiatry*, 180, 490-495.
- Webster, C.D., Douglas, K.S., et al (1997) Assessing risk of violence to others. In *Impulsivity: Theory, Assessment and Treatment*. New York: Guilford Press.
- Wong, S., Hare, R.D. (2000) *Program Guidelines for the institutional treatment of violent psychopaths*. Multi-Health Systems: Toronto, Canada
- 法務省法務総合研究所編: 犯罪白書平成 11 年版. 大蔵省印刷局. (1999)

現行精神保健福祉法
と刑事司法

新医療観察法 (重大他害行為)
臨床的な治療や処遇に関する評価

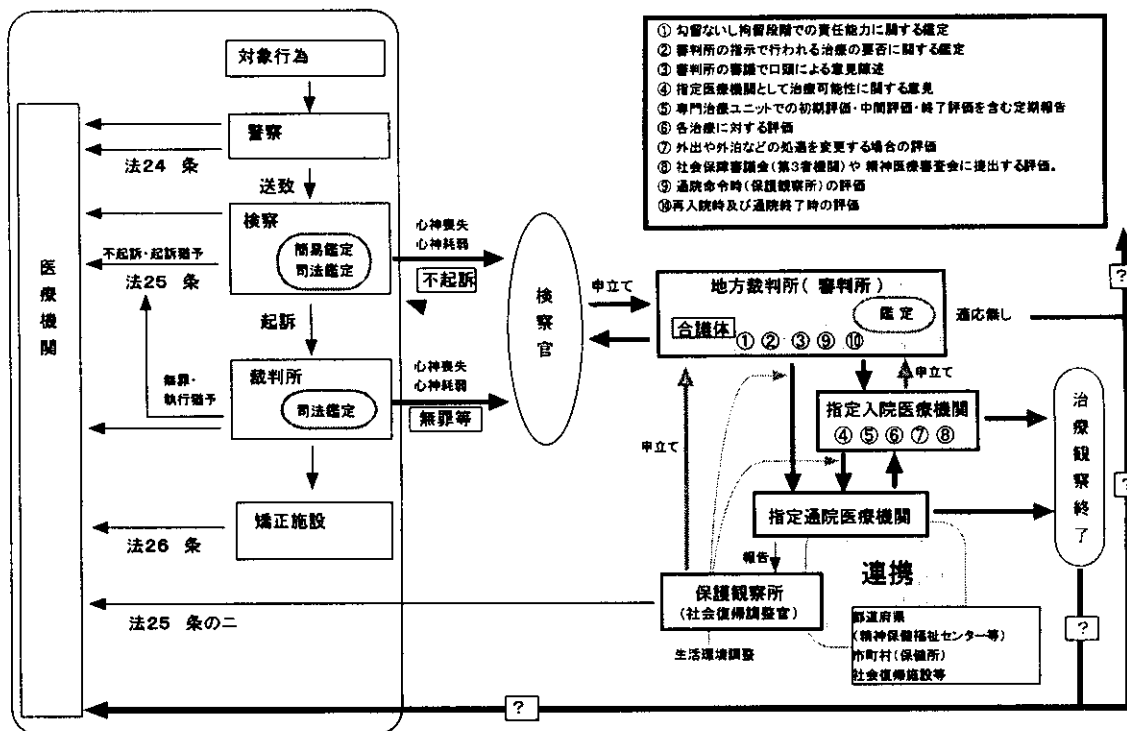


図1. 新医療観察法案フローと評価

表 1 PCL-R チェックリスト

PCL-R	
Robert D. Hare, Ph.D.(日本語版:西村由貴)	
評定者:	日付: 氏名:
採点方法	採点項目
0=イイエ; 1=ある程度; 2=ハイ; x=不該当	1. 軽薄さ/上辺だけの魅力
0=イイエ; 1=ある程度; 2=ハイ; x=不該当	2. 誇大化した自己価値観
0=イイエ; 1=ある程度; 2=ハイ; x=不該当	3. 刺激を求める/飽きっぽい
0=イイエ; 1=ある程度; 2=ハイ; x=不該当	4. 病的虚言(虚言癖)
0=イイエ; 1=ある程度; 2=ハイ; x=不該当	5. 騙す/ごまかす・操る
0=イイエ; 1=ある程度; 2=ハイ; x=不該当	6. 良心の呵責や罪悪感がない
0=イイエ; 1=ある程度; 2=ハイ; x=不該当	7. 感情の平板化
0=イイエ; 1=ある程度; 2=ハイ; x=不該当	8. 冷淡/共感性の欠如
0=イイエ; 1=ある程度; 2=ハイ; x=不該当	9. 寄生的生活様式
0=イイエ; 1=ある程度; 2=ハイ; x=不該当	10. 行動のコントロールが苦手
0=イイエ; 1=ある程度; 2=ハイ; x=不該当	11. 不特定の性的関係
0=イイエ; 1=ある程度; 2=ハイ; x=不該当	12. 幼児期の行動上の問題点
0=イイエ; 1=ある程度; 2=ハイ; x=不該当	13. 現実的目標・長期的展望の欠如
0=イイエ; 1=ある程度; 2=ハイ; x=不該当	14. 衝動的
0=イイエ; 1=ある程度; 2=ハイ; x=不該当	15. 無責任さ
0=イイエ; 1=ある程度; 2=ハイ; x=不該当	16. 自分の行動の責任を取れない
0=イイエ; 1=ある程度; 2=ハイ; x=不該当	17. 複数の短期間の婚姻関係
0=イイエ; 1=ある程度; 2=ハイ; x=不該当	18. 少年非行
0=イイエ; 1=ある程度; 2=ハイ; x=不該当	19. 条件付釈放の不履行
0=イイエ; 1=ある程度; 2=ハイ; x=不該当	20. 多種方向犯罪

1. 「FALK'S BASIC FORENSIC PSYCHIATRY」と D, Chiswick 編著「seminars in Practical Forensic Psychiatry」にみる Dangerousness, Risk assessment and Risk Management

はじめに

精神科医にとって dangerousness は哲学的な存在ではなく、毎日患者について評価し、その評価に基づいて治療計画を立て、その決定に責任を負っている。理論的、実践的には dangerousness は様々な角度から置かれている。歴史的観点(Foucault1978)、哲学的観点(Bottoms1977)、法的観点(Baker1992)である。Butler 報告 1975と Floud 委員会 1981 は英国の dangerousness に関する大きな視点を提供した。近年 Dangerousness の概念は Risk Assessment と Risk Management、さらには prevention of harm の概念の合わさったものである。

Dangerousness は医学的概念ではないが、Dangerousness は本当に存在する医学的狀態であるともいえる。Butler 委員会は「Dangerousness は重篤な身体的な危害や引き続く精神的な害が起す傾向」と定義したが、傾向 propensity の定義に問題がある。人は一日24時間、如何なる状況下でも他の人に危険であることは希である。この定義は移ろい安い状態として Dangerousness の概念を含んでいる。「傾向」を持つ人を捜すと多くの False Positive を拾い上げることになる。Scott1977は tendency を使い「非可逆的な破壊や危害を犯す予測できない、また治療できない傾向 tendency」と定義した。

Dangerousness は観察者によって暴力行為が起こるであろうと認知されたことである。その人が事実何なのかより、私達の起こりそうだという判断である。Mullen1984 は Dangerousness は人自身ではなく、その人の行動の質であると述べた。精神科医が臨床現場で持つ必要のある質問は「この患者が危険か」ではなく、「この患者はこの環境では危険な行動をとるか」である。Dangerousness は文脈的な要素を持つことを強調すべきである。危険な行動は文脈の中にある、特に被害者とある環境の設定が必要である。この文脈的要素を定めることは危険評価を行うときに大変重要である。

危険を評価する事の意味を考える必要がある。危険とみなされた患者はそうでないとされた患者より長く自由を失う。保安状態に拘禁されている間、危険で無いという証明は困難である。精神科医は危険性があると評価する意味を過小に観ては行けない。もし必要以上に10年間20人を拘禁する過ちをしたら、それが明白となれば200年の不要な拘禁の責任を求められる。その逆で犯罪者特に通り魔的な犯罪者を放置したら、公共の非難や専門家の訴追を受ける。Dangerousness の評価は精神科医の技術や知識だけではなく、個人の資質、特に困難な決定をする能力と信頼を置かれることが必要である。

危険に関する実証的研究

Dangerousness と精神障害には多くの研究がなされている。犯罪学的には犯罪予測因子は、経済的困窮、家族の犯罪歴、親の養育が乏しい、学歴が乏しい、他動ないし注意欠陥疾患、こども時期の反社会的行動があげられ、それらは精神病による影響と重なる。精神障害のあるなしにかかわらず、過去の犯罪歴が将来の犯罪を予測する。犯罪学では、退院した精神障害者の犯罪率が高いと報告(Rabkin1979)がある一方で、犯罪歴を持つ患者が社会で生活している反映(Steadman1978)、犯罪と精神障害は関連が乏しい(Sosowsky1978, Steadman1978)、人格障害と薬物乱用だけ関連(Guze1974,1976)で関係を否定する研究が存在する。

精神医学的研究では、入院した患者の入院前の暴力は一般的で特に分裂病では暴力との関連がある(Johnson1986)、入院した患者の入院前の暴力は一般的で特に分裂病では暴力との関連がある(Humphrey1992)、入院患者の研究では高い暴力歴、特に分裂病では暴力との関連がある(Edward1986)、入院患者の研究では高い暴力歴、特に分裂病で暴力との関連がある(Noble&Rodger1989)、退院患者の追跡調査でも犯罪率が上がる(Zitrin1976)、大規模な一般人口調査(アメリカ3都市10,000人)如何なる精神疾患で暴力行動に関連している率では分裂病よりもアルコールと薬物問題者が高い(Swanson1990)、症例の縦断調査で、分裂病の重大な暴力の

危険性は正常コントロールの4倍(Lindquist & Allebeck1990)、分裂病538例の縦断調査では分裂病男性で他精神疾患男性より3.8倍の暴力犯罪(Wessely1994)と精神障害と暴力の危険性とを関連づけた研究が多い。

治療歴を有する物調査では、special Hospital で治療を受けた者の再犯調査では再犯率は全犯罪で20%から55%、重大犯罪で6から21%である(5年から17年までの追跡調査期間)。長い追跡調査で高い再犯率をしめす。1963年から1年間になされた入院命令の全患者を2年間追跡し、673例中23例(3.4%)に重篤な暴力行為があった(Walker & McCabbe1973)、さらに再調査をして5年後で10%、7年後で15%の再犯率(Soothill1980)、特別病院退院患者の59%が再犯で10%が重大な犯罪(Bowden1981)、RSUの追跡調査では重大犯罪は11%で軽犯罪は無かった(Cope & Ward1993)と再犯可能性を示唆したが、刑務所からの出された者よりも低い(Home Office1993)、退院した退院制限付患者と終身刑受刑者の5年追跡調査では両者とも25%が再犯で5%が重大犯罪である(Murray1989)と一般犯罪者よりも再犯率が少ないか同率であることも報告されている。特殊な報告ではGrendon Underwood(刑務所内の精神科治療施設)から出された受刑者の10年追跡調査では再犯率は92%、重大犯罪は20%である(Robertson & Gunn)。

危険性と関係する因子についての研究がある。Murray1989は特別病院を退院した患者の調査より若年、短期間入院、完全退院した症例の再犯率が高く、次のような特長を述べている。過去の犯罪歴;タイプや質が将来の最大の予測因子、年齢;若年が次いで再犯と関連、入院時犯罪;財産犯は再犯傾向、暴力犯は暴力の再犯、殺人は再犯率低い、入院期間;短期間入院は再犯傾向が大きい、年齢の影響もある、退院様式;条件付退院が完全退院より、他病院RSU転院郡で再犯が少ない、精神疾患;精神病質患者は他の精神疾患より再犯傾向、アルコール・薬物乱用;再犯率は高くなると予想、人種;社会経済的な問題と分ける事が出来ない、就労・家族安定度・教育・知能;再犯率に関係、データが乏しい、人格;psychopathは極端な攻撃行為に加担する傾向。

Bailey & MacCulloch1992ab,1993はAshword退院者の調査で精神病質は他の精神障害の2倍の再犯率で条件付き退院群で再犯率は半分となることを示した。

最後に危険な行動をする精神疾患を臨床の観点より観るのは大切である。特に分裂病は司法精神医学で最も多く観る疾患である。暴力が起こるか否かは疾病と、人と環境の間の相互作用による。Mullenは指摘したように、多くの暴力犯罪は継続したケアや監視の外にある分裂病の患者で起こる。

Risk Assessment

Risk Assessmentは非常に複雑で何週もかかる長いプロセスである。一人で何の書類もなく判断する場合から、多くの専門家に依って深く、年余にわたっての行動の記載と評価を参考にして判断され場合まで幅がある。事実に基づき、また有用な知識を利用した情報の体系的な集積過程である。そこで最初の問うべきことは、「何のリスクを評価するのか」である。例えば再暴力をふるうリスクか、薬物を服用しなくなって再び暴力をふるうリスクか、服薬しなくなるリスクなのか、誰に暴力をふるうか等を決める必要がある。

Risk Assessmentは今日いくつかのフォームがある。臨床判断のみを基盤にしているものか、信憑性のある評価尺度を利用して保険統計的 actuarial な評価に従ってすることもある。多くの評価尺度の研究や単独の臨床判断は公平に見て乏しい予測能力しかない。暴力の予測において Monahan1984,1993は次のようにまとめた。①精神科医により拘束された3人の患者のうち、わずか1人が結果として暴力行為を起こす。②精神障害犯罪者に対する暴力の最も良い予測は精神障害でない犯罪者のそれと同じである。つまり過去の暴力である。③診断、疾患の重篤度、人格傾向は乏しい予測因子である。

多くの犯罪者の危険な行動を予測する道具はある。精神障害者犯罪者に用いることができる信憑性のある道具は少ない。Hardingらは医師の dangerousness に関する評価の一致は高くはないし、精神科医は一般医よりも患者を危険と評価する傾向にあることを実験的に証明した。そして評価者間の信頼度(一致度)よくするために dangerousness の実際的な限度(定義)に基づいて精神科医を訓練すべきであるが、正確な予測の問題はなお残ると結論した。

risk assessment の過程

将来の危害に関する予測はその基礎になる情報よりは改善することはない、つまり患者の関連した情報をたった10%しか持っていないければ、又はそれしか用いてなければ、10%の正確さ以上に予測することは出来ない。実務では高い質の評価を生み出す最もよい方法は情報を照合するためにチームを有することである。危険に関する情報の収集は常に変化している。情報は患者の診察、治療セッションを通して得られたもの、病歴をとるための家族関係者の情報、最新情報のためには友人や仲間によるもの、GP(家庭医)の記録、病院記録(カルテ)、看護記録に日々の詳細が観察されている。数年入院していると記録は長くなる。退院するときにこれらの膨大な記録はファイルより外され別に保管される。このために最近の記録が各種のセクションに分けて書かれていて、取り出す手間がかかる。ソーシャルワーカー記録、学籍簿、保護観察記録、法廷記録、前科歴、刑務所記録などを検討する。

最終的には簡単にアクセスできるように全ての機関に関する情報を集めたまとめた書類にすることである。それは明確に危険な領域に加えて、危険でないとも見える危害についての状況の記載もある。知られている全ての危険な行動や危害と、可能な限りの前例、行動、その結果の内容を文章化した後、起こってくる危害の可能性を増やす、又は減らす因子を記載することが出来る。情報源と報告の目的を記入することも大切である。まとめた危険にかんする行動を記載した書類を作成することは、もっとダイナミックな評価にいたるプロセスである。これらの書類は更新できるし、いつでも更に情報を集めるときにはそれがある。評価の時に再度読むには大きすぎて出来ないときとしたら、情報をふるいにかけて繰り返して評価をする。最も大切なことは、書類は関連情報を記載する者が並列する事ではなく、チームの他のメンバーがそれにアクセスでき、容易で効果的に引き出すことが出来るようにする。リスクアセスメントの際に患者に関して何を想起すべきかを書類として作るべきである。

危害を犯す可能性の予測は長期間より短期間のほうがより正確にできる。それは死別や事故、治療の継続等のように重大でコントロールできない出来事が生じる可能性は時間と共に増えていくためである。同様に頻繁に起こる行動の予測は、頻度の低い行動よりも予測が出来る。臨床家は長期の危険予測の能力をほとんど持たないし、医師は危険と予測をしすぎる傾向がある。1970年代に Steadman がしめた所見、すなわち USA の精神障害犯罪者で Dannemora 州立病院から退院させられた患者の追跡調査によって揺さぶられた。囚人の Baxstrom は「精神障害で危険である」と精神科医に判断されて、治療のために上記の病院に判決の期間を越えて拘束された。危険を決定するために裁判所の聴取がないことに基づいての抗議が通り、彼の拘束は継続しないと宣言された。彼と967人の同様に不当に拘禁された患者が市立病院に移送されたが、彼らは全員が以前危険であると判断されていた。4年間の転帰調査で、20%の男性、26%の女性が人に傷害を負わせたが、これらの傷害事件は多くは軽いものであった。他方、967人の50%は再犯を犯すことなく地域で生活をした。その他は一般病院にそのままか、再入院をしていた。つまり967名のうち75%以上の方が危険として保安病院に不必要に拘束されていたのである。同様の所見は USA の他の病院でも見られた。

Kozol は危険と医師に判断され拘束されている性犯罪者達を調査した。これら患者の一部は医師の判断に反し審査会により安全として釈放された。他のグループは医師が安全と見なすまで治療して釈放された。医師の判断したグループの再犯率は6.1%で、審査会グループは34.7%であった。この所見は Acres により Broadmoor 病院から退院した患者の研究でも追認されている。しかし見方を変えれば審査会が釈放したの1/3が再犯を犯したが、2/3は不必要な拘禁であったことは明白である。

Kozol は医師は審査会よりも危険を評価することにおいて優れていることを証明した。Harding によれば医師は危険について高いレベルの一致に達しないし、精神科医は非精神科医よりもより患者を危険と判断する傾向にあるという。精神科医間の一致度を確保することが必要であるが、予測の精度の問題は残ったままであると結論した。これには二つのジレンマがある。Bottom に代表されるリベラル派は、乏しい予測率や精神科医の用心しすぎの傾向より、前科3犯がこの判断の対象であるという。そのようなグループでも予測が成功するチャンスは66%で、一般人口よりも高い。Bottom は一つの犯罪行為を防ぐのに3人を拘束する近年のシステムは正当でないと述べた。保守派の意見は Walker に代表される。一つの犯罪行為を防ぐのに3人を拘束することは、罪のない被害者を危害から防ぐために正当であると主張する。つまり我々は暴力の大多数のケースを防止できないが、数少ないケースを防止する努力

を放棄することは意味しない。

リスクアセスメントの臨床的なガイドンスにおいて Pollock1990は3点を強調した。①過去に暴力のない者について予測することは不可能である。②予測は個人の性格、環境、状況の多様性を勘案してなされるべきである。この生活環境に関する構造的・精神医学的特長の相互作用は重要である。③暴力がコンスタントにあるのか、病気や混乱、抑制欠如、薬物乱用の時だけに存在するのかを検査すべきである。

リスクアセスメントの保険計数的手法を用いたなガイドンスは近年報告が多い。危険性に関しては、個々のケースでは単独で利用できないとしている。実際的に最もよいリスクアセスメントは、患者の危険を実証的証拠に基づいて将来の危険を予測するカットオフのレベルを実証的に定める必要があると考えられる。MonahanとSteadmanが臨床において次のようなリスクファクターとして有用で使える枠組を示した。精神障害者の暴力に対するリスクファクターは4タイプよりなる。つまり、

(1)人格的ファクター:個人の性格、特徴、傾向、行動の型を反映したファクターがある。多くあるが、怒り、衝動性、人格障害が最も強く関係している。特に衝動性と精神病質は相関する。精神病質概念は Hare の Psychopathy Checklist に見られるような状態をさす。共感性の欠如、優越感、力優位、不安の欠如、罪意識の欠如、衝動性、興奮指向性、社会秩序の破壊傾向を有する。精神病質が精神障害に存在する程度は将来危害を起こす危険に高く相関する。

(2)臨床的ファクター:他害行為の危険性に関連している精神疾患が様々ある。分裂病は暴力の危険を増し、殺人を犯す人の中にうつ病が高い頻度である。診断とリスクを関連させる試みより、将来の危険な行動に関する症状を臨床的にまとめることが有用である。

(3)病歴と(4)文脈上ファクター:暴力に結びつく過去の体験や、暴力行為が生じる環境がある。これらの因子は精神疾患と同様に一般人の精神的健康の問題にも影響を及ぼす。家族の犯罪歴は犯罪を危険を増し、養育がされていないと犯罪が起こりやすい、子どもの頃の性的虐待がある種の犯罪を増すなどである。

資料2

2. HCR-20を用いたリスク評価の実際モデル

1)HCR-20(V2):Weberらにより開発され、実務上広く使われている。正式には研修を受けて施行するものである。

2)HCR-20(V2)の構成は以下の通りである。

H 病歴より採取する因子

H1: previous violence 過去の暴力

H2: young age at first violence incidence 若年時の最初の暴力事件

H3: relationship instability 関係の不安定さ

H4: employment problem 就労の問題

H5: substance misuse problem 物質乱用

H6: major mental illness 大精神病

H7: psychopath(PCL-R)

H8: early maladjustment 早期の不適合

H9: personality disorder 人格障害

H10: prior supervision failure 過去の指導の失敗

C 臨床所見よりの因子

C1: lack of insight 病識の欠如

C2: negative attitude 陰性感情と態度

C3: active symptoms of major mental illness 精神病症状

C4: impulsiveness 衝動性

C5: unresponsive to treatment 治療への抵抗性

R リスクに関与する因子

R1: plan lack of feasibility 実行可能な計画の欠如

R2: exposure to destabilisers 不安定要因への曝露

R3: lack of personal support 個人的な支援の欠如

R4: non-compliance with remediation attempts 医療へ継続性のなさ

R5: stress ストレス

3) 実際の評価の在り方

心理療法士により評価され H7: psychopath(PCL-R)を正式に評価している。しかしPCL-Rは正式なトレーニングを受けることが前提で、実施上の問題である。他の国では H7: psychopath(PCL-R)の部分は H9: personality disorderと重ねて実施している所もある。

マニュアルがあるが、入手は研修を受けることが前提である。

4) 実際の評価モデルについて:妄想型分裂病症例

H1: previous violence 過去の暴力

強姦と殺人(限定責任能力により減刑)

H2: young age at first violence incidence 若年時の最初の暴力事件

当該犯罪行為が初犯で、〇〇才

H3: relationship instability 関係の不安定さ

人間関係特に女性との関係が不安定、特に発病後に重篤は関係の喪失。具体的な結婚歴の経過、性行動の経過が具体的に詳細に記載される。家族を初め人間関係が検討される。

H4: employment problem 就労の問題

これまでの就労歴を概括し、安定した就労歴である。しかし完全癖による困難さや、犯行前頃の不満などがある。

H5: substance misuse problem 物質乱用

アルコール歴と大麻歴に関する具体的に検討。また大麻を使用したときの妄想状態の既往など。自覚、客観的なデータより検討。

H6: major mental illness 大精神病

妄想型分裂病

H7: psychopath(PCL-R)

psychopath(PCL-R)のスコアが記入、20以下の評価

H8: early maladjustment (age<17) 早期の不応

家庭;母親の情報では大人しく、良い関係にあった。父親は厳格で手を挙げることもあり。こどもの頃の感情表出が出来ない。

学校;学校の成績は中程度、いじめは体験していない。

社会;小児思春期の情報は乏しい。

重篤な不応は無かった。

H9: personality disorder 人格障害

人格障害はない。Gough Socialization scale でも正常域

H10: prior supervision failure 過去の指導の失敗

刑務所や病院に入所歴は無い。過去の離院歴はない。外出制限や薬物療法に不満はある。

C 臨床所見よりの因子

C1: lack of insight 病識の欠如

病気にに関する知識、犯罪行動に病気が関係関与していると病識を有している。

薬物療法には反対を表現し、薬は何も自分を変えないし、予防薬と理解している。

ある人間関係パターンの部分では将来の暴力の危険に関与すると考えられる。弱いと見なした女性にしか関係を結べない。彼らには無理難題を求める。パートナーからの拒絶に敏感で独占欲が強くなる原因である。この関連で犯行に及んだ。同じ状況でストレスや病気暴力が引き起こされる可能性がある。パートナーが不安定であるとは考えていないし、関係の変化が感情や暴力の引き金になるとは考えていない。

病気の安定にもかかわらず、これらの暴力傾向や引き起こしやすさに対する病識を欠如している。現時点では暴力の危険は無いと考えられる。この問題に視点を置いた心理学的な介入を検討されるべきである。

C2: negative attitude 陰性感情と態度

現在の精神医療的なケアには前向きな態度やポジティブな態度を示す。過去においては、女性に性的で嘲笑的で女嫌いな態度を見せていたが現在は存在しない。

犯罪には矛盾した態度を見せていた。一方では犯罪を後悔し遺憾を表現するが、他方では彼に対する妻の態度を非難する。妻に病気や犯行の責任があると考えている。妻に対する無理な関係の強要はレイプの一種であるとは受け入れない。

退院後の経過観察に反対で就職に妨げになると感じている。アフタケアは求めているが、生活への介入は減らすように求めるとする。

過去にはパートナーに押しつけや支配的な態度をとっていた。これは重要で妻を支配しようとして拒絶されると犯行の重要な引き金になる。この傾向は最近の態度にもみられる。

C3: active symptoms of major mental illness 精神病症状

アクティブな精神症状はみられない。

C4: impulsiveness 衝動性

衝動性はみられない。行動は熟慮されている。

C5: unresponsive to treatment 治療への抵抗性

治療意欲はみられる。現在でも各種の治療を受けている。薬物療法のほかに薬物問題グループ、個人精神療法、外出や作業療法など。治療態度も良い。しかし治療の必要性は認めない傾向がある。人間関係の変化への意欲は心理療法にも反応していない。短期の治療介入は目的を達していないが、治療者の患者に対する理解をしやすくする。

R リスクに関与する因子(退院後1年間にわたって)

R1: plan lack of feasibility 実行可能な計画の欠如

患者はいくつかの計画を有するが、現実可能性は乏しい。

パートナーとの共同生活できると考えているが、相手はそれに関して不安定な態度。関係を解消し、一緒に住むのを拒否する可能性もあるが、それを直接伝えることは出来ていない。病識が限られ、治療者の介入には憤慨している。人間関係の介入には同意をしているが必要と考えていない。

退院後にするとフルタイムで働くことを希望している。アフタケアの計画は普通の生活に戻ろうとする努力を邪魔すると考えている。

良い点として、薬物療法は遵守する可能性があり、医療サービスを抜けようとは考えていない。ある程度の家族の援助は得られる。

R2: exposure to destabilisers 不安定要因への曝露

不安定化させる特別な状況には脆弱と考えられる。

関係の終了や混乱

カナビスの乱用

精神疾患の再発

R3: lack of personal support 個人的な支援の欠如

母親との接触はあるが、遠方で直接のサポートは得ることが出来ない。

人間関係で重大な困難がある。この関係はサポートにもストレスにもなる。この人間関係が利用できる以上にもっと得ようと求めて、それがストレスを導く。

この近くの出身者ではなく、近くに友人関係がない。病院に入院するまで定まった友人関係を維持したことはなかった。刑務所や、保安病院にいるときに訪ねたり長い期間友人だった人との接触は少しはあった。この人は遠方に住む。

症例の主なサポートをするのは第1には Community Mental Health Team からくる。不幸なことに症例はこのサービスを嫌っているし、この理由からサポートを得ることが出来ない。

症例は社会的能力のレベルは保たれ集団にも良く参加する。退院したら仕事を探す様になり、職場で社会的なサポートを見つけることが出来るかもしれない。短期間はデイセンターと治療グループに参加した方が良かったであろう。

R4: non-compliance with remediation attempts 医療へ継続性のなさ

この項目は CS の中で服薬と治療に関する将来計画について彼が遵守する可能性を評価したことは異なる。

症例は適当な病識と服薬が予防薬であるという知識を有する。服薬の遵守をすると表現してきている。最近、アフタケアに不満を表現し、フルタイムで働く計画を邪魔すると信じてきている。治療計画を守る重要性を理解しているが、サービスより全く外れるのでなく減らすように交渉しようとしている。

R5: stress ストレス

いくつかの大きなストレス源がある。人間関係と仕事に関して高い期待がある。期待がかなわなければストレスとなる。症例は生活環境の変化におけるサポートを必要とすると考えられた。彼は情緒的や実際のサポートを必要とするとは信じていない。彼は社会的な孤立やこの数年保安病院で培った支持的な人間関係を失うとストレスとなる。

症例は退院時にある範囲で脆弱になる。現時点ではこの知識はないので、そうなったときにうまく対処できないことが予想される。

Time Limits of Risk Assessment

限定された環境-近い人間関係の中での現在の暴力のリスクについて考慮された。現在の環境が変化しない限り、このリスクアセスメントが適応される。人間関係が壊れたり、人間関係の緊張が高まったところで危険のレベルは変化すると予想される。二人が将来の計画を変更したら-例えば同棲や結婚した場合、リスクは再評価されるべきである。

この他にリスクを増す可能性は社会的な孤立である。それは退院させられたときに、人間関係の依存や失望や失敗の感覚を増加させる。希望に満ちた新しい生活と新しい関係への期待が薬物(大麻)を使わない生活の動機になっている。期待に添わなければ発病や薬物乱用の危険が増加する。

Risk factors

症例は現在は公共に対して暴力の危険はないと考えられる。下記の状況で危険は増加する。

- ① 危険は再発と薬物乱用で増加する。
- ② 暴力の危険は女性との近い関係で増加する。

- ③ そのリスクは人間関係に無理をしたり、コントロールしようとしたところで増加する。症例は最近の関係に大きく無理をしてきたし、将来は結婚の希望がある。彼のパートナーは近い将来に同棲や結婚する意思はいいことを彼は良く知らない。
- ④ 人間関係で求めるのは当たり前と感じたところで危険が増す。彼の考えは対人関係を得るために努力してきたという信念により生まれていることは重要である。自分では介入はいらな思っている臨床チームが監視すると怒りを表す。
- ⑤ 彼が望むようにならない脆弱なパートナーによってリスクは増加する。彼女の脆弱さは症例のパターンリズムや関係を強いることを増す。
- ⑥ 症例は性関係で相手の望む事を理解できず、性関係を望まないパートナーにセックスを強要する問題を内省できない。従順を性関係の同意と解釈している。彼の人間関係に置いて性暴力の危険がある。
- ⑦ 症例は将来に置いて自分に暴力の危険が存在するとは考えていない。現在パートナーとの関係における困難さは気づいていない。

Protect Factor

- ① 服薬の継続性の意思
- ② 違法薬物を絶っている意思
- ③ 再発徴候が分かっている
- ④ 一般的な暴力の既往がなく、暴力の危険は限られ監視しやすい

Who is at risk?危険は誰に対して

- ① パートナーは望まないセックスや強要されたセックスの危険がある
- ② パートナーは症例を拒否したら、暴力の危険性がある
- ③ 危険が生じ彼からパートナーを離すようにすると、今回の犯行時には妻の母と友人が共謀していると推測した。将来、パートナーの友人や、家族、また彼女の治療チームに怒るようになるかもしれない。
症例には家庭内暴力の証拠は存在しないことは注意を払うべきである。これは彼のパートナーが持続した身体的暴力の危険はないことを示す。
症例はパートナーの不貞の事実を述べている。彼は男に対するよりパートナーを非難する。これは他の男は症例による危険がないことを示す。

Risk management

Short term(pre-discharge)

- ① 短期的には個人的な働きかけが望ましく、近い人間関係における行動や関心事の理由、臨床チームの密着した監視を増やすことへの気づきを増やしていく。これは心理療法士があたる。
- ② パートナーとの関係に困難がある。個人鉄器な治療を行うと同時に、症例とパートナーの治療グループとの合同の話し合いをもつのが望ましい。個人セッションで誤解や食い違いへ働きかけをする可能性がある。
- ③ パートナーは症例との性関係を望んでいない。可能な限りはっきりと性関係の合意線を確立するのは重要である。
- ④ 症例は良い病識を持っているし、再発の時には助けを探すであろう。彼は疑いもなく再発徴候や病気のきっかけを気づくための特別な治療により学んできた。

Middle term