

が他の母集団に適用した際に妥当性が乏しくなるという欠点を克服するために開発された。HCR-20は構造化された専門化判断の1つとして近年世界各国の司法精神医療や矯正施設で広く普及している。また、HCR-20が将来の暴力を予測する際に有用であるとする報告も多数認められる。以上のことから、HCR-20を用いて医療観察法の対象者の暴力のリスク・アセスメントを行い、治療的な介入方針をたてることは、わが国で新たに開始された司法精神医療におけるエビデンス・ベースド・メディシンを実践していく上で有用であると考えられた。

医療観察法病棟の運用上の成否を判断するアウトカムとしては、退院後の対象者の同様の他害行為を測定するのが理想的であるが、医療観察法が施行されてまだ間もないこと、もともと精神障害者の重大な他害行為が発生するベースレート自体が低いことから、この変数をアウトカムに設定することには限界がある。また、医療観察法は重大な他害行為が発生しないことを目的として、退院後の対象者に対しても様々な介入が施されていくため、さらに重大な他害行為が再び発生する頻度は減少することになる。また、退院後に実施される介入も地域によってばらつきが多いため、この変数をコントロールすることは極めて難しい。このようなことから、本研究では、入院処遇中の変数の中から、急性期ステージの治療期間に焦点をあて、対象者のどのような精神医学的特徴がこの期間の長短に影響を及ぼしているかを調査することにした。

急性期のステージは医療観察法の入院医療の導入期に相当し、対象者の精神症状、基本的な生活能力、医療観察法の目的に対する理解度、治療に参加する姿勢、スタッフとの治療関係の構築などを評価する。これらの評価はすなわち、その後続く多様な治療プログラムが効果的に行われるかど

うかを決定する要因のひとつと考えられる。そのため急性期ステージの期間の長短には、その後の医療観察法の治療が円滑に進むかどうかを決定する要因が多く含まれているものと考えられる。さらに急性期ステージの期間が長期化する要因を明らかにすることで、このステージのどこに治療アプローチのポイントを置けばよいかのかが明らかになり、効率的な介入を行うことによって入院治療の導入を円滑にし、その後の本格的な治療プログラムへスムーズに移行させることができるものと考えられた。

B. 方法

対象は、医療観察法の入院処遇の決定を受け、武蔵病院の医療観察法病棟に入院した対象者のうち本研究に対する同意を得た者で、研究の実施にあたっては、国立精神・神経センターの倫理委員会の承認を得た。平成18年12月31日時点において、先に述べた急性期ステージの課題を達成し、回復期ステージ以上に進んだ対象者は36名であり、そのうち研究協力を拒否した1名を除いた35名を本研究の対象とした。

急性期ステージの期間を目的（従属）変数とし、対象者の性別、年齢とHCR-20の各項目のスコアを独立変数として重回帰分析を行った。解析はSPSS 15.0J for Windowsを用い、変数減少法（backward step）を用い、棄却確立は $p=.10$ に設定した。

C. 結果

1) 人口統計学的データ

男女比の内訳は30:5で圧倒的に男性が多い。入院時の平均年齢は39.3歳であり、中央値は36.0歳、標準偏差が12.6、最高年齢は79歳、最少年齢は22歳であった。急性期ステージの期間の日数は、平均85.0日、標準偏差は37.0であり、その幅は24日から224日であった。

35名の主診断名については平成18年12月31日時点においてDSM-IV-TR(The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision)に従って、改めて操作的に診断し直した。また、35名中18名は副診断を有しており、それらの結果を表2および表3に記した。主診断では、70%以上が統合失調症で占められていた。主診断および副診断の両者を含めて物質関連障害の診断名を有する者は、9名(25.7%)であった。また、副診断で精神遅滞とされた者は7名で全体のおよそ2割を占めていた。主診断と副診断の両者を含めてパーソナリティ障害と診断される者は4名であった。

表2 主診断の内訳(DSM-IV-TR)

	人数	%
統合失調症	26	74.3
気分障害	4	11.4
物質関連障害	2	5.7
解離性障害	1	2.9
人格障害	1	2.9
妄想性障害	1	2.9
計	35	100.0

表3 副診断の内訳(DSM-IV-TR)

	人数	%
物質関連障害	7	20.0
精神遅滞	7	20.0
認知症	1	2.9
人格障害	3	8.6
計	18	51.4

注) %の数値は、対象35名を100%としたときの数値。

表4 対象行為の内訳

	既遂	未遂	合計	%
殺人	9	7	16	45.7
傷害(致死含む)	8	0	8	22.9
強盗	2	1	3	8.6
放火	3	1	4	11.4
強制わいせつ	4	0	4	11.4
計	26	9	35	100.0

表4に彼らが行った対象行為を示した。殺人および殺人未遂が全体の半数近くを占めており、次いで傷害(致死)が多い(傷害致死は1例)。

2) HCR-20からみた対象者の特徴

表5に入院時に行ったHCR-20のスコアリングの結果を示した。HCR-20に従って、本研究の対象者の特徴を簡潔に述べたい。

ヒストリカル項目

ヒストリカル項目は、HCR-20のリスク・ファクターの50%を占め、主に、個人の行動あるいは経験の過去の側面に関係している。この項目は相対的に静的となる傾向があるが、事態が悪化することによって変化し得る。

表5 HCR-20のスコアリング結果の集計

評価項目	0	1	2	平均	SD
H1 過去の暴力	0 (0.0%)	5 (14.3%)	30 (85.7%)	1.86	0.36
H2 最初の暴力を行ったときの年齢が低い	7 (20.0%)	16 (45.7%)	12 (34.3%)	1.14	0.73
H3 関係の不安定性	5 (14.3%)	2 (5.7%)	28 (80.0%)	1.66	0.73
H4 雇用問題	6 (17.1%)	9 (25.7%)	20 (57.1%)	1.40	0.77
H5 物質使用の問題	23 (65.7%)	2 (5.7%)	10 (28.6%)	0.63	0.91
H6 主要精神疾患	4 (11.4%)	0 (0.0%)	31 (88.6%)	1.77	0.65
H7 サイコパシー	33 (94.3%)	2 (5.7%)	0 (0.0%)	0.06	0.24
H8 早期の不応	18 (51.4%)	7 (20.0%)	10 (28.6%)	0.77	0.88
H9 人格障害	26 (74.3%)	5 (14.3%)	4 (11.4%)	0.37	0.69
H10 過去の監督の失敗	25 (71.4%)	6 (17.1%)	4 (11.4%)	0.40	0.69
C1 洞察の欠如	1 (2.9%)	5 (14.3%)	29 (82.9%)	1.80	0.47
C2 否定的態度	31 (88.6%)	2 (5.7%)	2 (5.7%)	0.17	0.51
C3 主要精神疾患の活発な症状	4 (11.4%)	7 (20.0%)	24 (68.6%)	1.57	0.70
C4 衝動性	14 (40.0%)	1 (2.9%)	20 (57.1%)	1.17	0.98
C5 治療に反応しない	29 (82.9%)	6 (17.1%)	0 (0.0%)	0.17	0.38
R1_in* 計画が実行可能性を欠く	29 (82.9%)	4 (11.4%)	2 (5.7%)	0.23	0.55
R2_in* 不安定化要因への暴露(施設内)	11 (31.4%)	21 (60.0%)	3 (8.6%)	0.77	0.60
R3_in* 個人的支援の欠如	18 (51.4%)	2 (5.7%)	15 (42.9%)	0.91	0.98
R4_in* 治療的枠組みに対する遵守性の欠如	18 (51.4%)	9 (25.7%)	8 (22.9%)	0.71	0.83
R5_in* ストレス	23 (65.7%)	7 (20.0%)	5 (14.3%)	0.49	0.74
R1_out** 計画が実行可能性を欠く	3 (8.6%)	6 (17.1%)	26 (74.3%)	1.66	0.64
R2_out** 不安定化要因への暴露	3 (8.6%)	11 (31.4%)	21 (60.0%)	1.51	0.66
R3_out** 個人的支援の欠如	13 (37.1%)	2 (5.7%)	20 (57.1%)	1.20	0.96
R4_out** 治療的枠組みに対する遵守性の欠如	17 (48.6%)	6 (17.1%)	12 (34.3%)	0.86	0.91
R5_out** ストレス	15 (42.9%)	11 (31.4%)	9 (25.7%)	0.83	0.82

* 各項目について、当面の施設内における療養生活を想定して評価したもの。

** 各項目について、その時点で予断される退院後における生活を想定して評価したもの。

H1(過去の暴力): HCR-20では、暴力は「意図的で合意に基づいていない他人による身体的危害の既遂、未遂、あるいは脅迫」と定義されるため、対象行為も含め確実に過去に暴力を示した者(2点)が30名(85.7%)であった。強盗未遂、軽度の傷害などの被害者に重大あるいは恒久的な障害

をもたらすような事例（1点）は5名認められた。また、対象行為以外にHCR-20の定義による暴力を示していた者は16名であり、その内訳は、殺人が1名、暴行・傷害が14名、強制わいせつ1名であった。

H2（最初に暴力を行ったときの年齢が低い）：H2は最初に暴力を行った年齢が20歳未満であれば2点、40歳以上であれば0点がスコアリングされる。本研究の対象者では20歳以上39歳以下で初めて暴力行為が認知された者が最も多く、半数近くを占め、次いで20歳未満で初めて暴力行為が認知された者が多かった（34.3%）。

H3（関係の不安定性）：ここでは主に恋愛・婚姻関係などの親密な関係が評価されるが、このような対人関係を維持できない者は全体の約8割に達した。

H4（雇用問題）：明らかな／深刻な雇用の問題を持っている者は6割を占め、あまり深刻でない雇用問題と合わせると8割以上の者が何らかの雇用問題を抱えていた。

H5（物質使用の問題）：アルコール、シンナー、覚せい剤、処方薬の乱用まで含めた物質使用の問題を持つ者は全体の3割以上に達した。

H6（主要精神疾患）：ほとんどの者が2点評価であるが、パーソナリティ障害の単独診断1名、アルコール依存症2名、解離性障害1名が0点の評価であった。

H7（サイコパシー）：この項目をスコアリングするため、本研究ではPCL-R(Psychopathy Checklist Revised, 1991)を用いて計測した。PCL-R得点が20点未満の者が9割以上を占めていた。なお、PCL-Rの合計の最小値は0、最大値は25.5、平均値は7.3であった。なお、自己中心性、自責感の欠如、冷淡などの対人ないし感情面の特性を反映する第1因子の最小値は0、最大値は11、平均値は2.5であり、衝動性、反社会性、不安定なライフスタイルなどの

行動面を反映する第2因子の最小値は0、最大値は14、平均値は4.5であった。いわゆる典型的なサイコパスは対象者の中には認められなかった。

H8（早期の不応）：早期の不応とは17歳未満の家庭、学校、あるいは地域社会での不応を指す。約半数の者は17歳未満の不応は認められないが、このことは対象者のほとんどが統合失調症の患者で、発病後（おそらく20歳以降）から不応症状を示していることが影響しているものと思われる。一方で明らかな／深刻な不応のある者（2点）は10名認められた。その10名の主診断の内訳は統合失調症8名、物質関連障害1名、解離性障害1名であったが、さらに物質関連障害4名、精神遅滞3名の副診断が可能であり、早期の不応を示す者の中には重複診断を有する者が多い傾向が窺われた。

H9（パーソナリティ障害）：DSM-IV-TRでパーソナリティ障害と診断がつく者は4名（11.4%）で、生活歴からパーソナリティ障害の診断が疑われる者は5名（14.3%）認められ、医療観察法対象者であっても、パーソナリティ障害の問題は治療上考慮に入れなければならないと思われた。

H10（過去の監督の失敗）：この項目では、保護観察中の再犯歴、措置入院の繰り返し、精神科医療機関からの無断退去などの問題を評価するが、特に問題がない者が約7割を占めていた。

クリニカル項目

クリニカル項目は、HCR-20の25%を占め、主に、被評価者の現在の機能に注意を向けるように意図して作られている。理論的に、動的もしくは変化可能であり、そのために介入やマネジメント戦略の焦点になりうる構成概念である。

C1（洞察の欠如）：病識や自分の精神症状と対象行為の関連の認識などの評価を行っ

た。十分な理解ができていない者(1点以上)が9割以上を占めていた。

C2 (否定的な態度) : この項目は強い反社会的な信念について評価するが、およそ9割の者は評価時点においてこのような態度は有していなかった。このことはパーソナリティ障害の診断を有する者であっても、サイコパスや反社会性パーソナリティ障害のような、反社会的傾向を有する者が対象者の中にはほとんどいないことを示唆する。

C3 (主要精神疾患の活発な症状) : 医療観察法病棟に入院時には、既に鑑定入院などで急性症状の治療がある程度進んでいることもあり、活発な症状がない者は1割程度、症状があってもあまり深刻でない者が2割を占めていた。

C4 (衝動性) : 衝動性に明らかな問題がある者が、全体の57%を占めていた。この項目は衝動性を行動と感情の不安定性という側面から、過去のライフスタイル、対象行為時、鑑定入院中の様子などから総合的に評価する。具体的には、かっとなりやすい傾向、金銭管理などの計画性のある生活ができないこと、職を転々とするなどの飽きっぽさ、他者との関係において、被影響性が強く、その場の状況に流されやすい傾向などの行動を評価した。このような問題を持つ者は、安定した治療関係に問題を抱えやすく、入院中の取り組みが退院後に般化しにくい傾向があると考えられる。また、ライフスタイルの衝動性と呼ばれる者は、再犯する犯罪者と再犯しない犯罪者を見分けるとされている。

C5 (治療に反応しない) : この項目については医療観察法の鑑定書や、鑑定入院中の治療とその時点における効果判定に関する情報を元に評価を行った。明らかに／深刻に治療に反応しない(2点)と判断される者は、そもそも医療観察法の対象者の要件を満たさないことから0%になっている。お

そらく／あまり深刻ではないが治療に反応しない(1点)と評価された者は、鑑定時点で、限定的な治療反応性が指摘された者である。具体的には認知症の合併を理由としている者が1名、慢性の統合失調症であることを理由としている者が2名、精神遅滞を理由としている者が2名、パーソナリティ障害を理由としている者が1名である。

リスク・マネジメント項目

リスク・マネジメント項目は、HCR-20の25%を占め、主に、個人の将来の状況、環境、それに対する適応を予測することに焦点を当てている。これには退院後の計画、治療、対人関係、適応の側面が含まれる。臨床項目と同様に、要因は潜在的に変化可能(動的)で、そのために、推定的な介入の標的となる。なお、HCR-20においては、評価される個人が近い将来地域社会に出て生活することを考慮して行う施設外評価と、施設に入所中の状況を考慮して行う施設内評価の2種類を計測することが可能である。

R1 (計画が実行可能性を欠く) : この項目の施設内評価としては、入院後の治療計画を想定しているため、問題のない者が8割以上を占めていた。治療計画になんらかの問題があると判断された者(1点以上)は6名おり、その内訳はパーソナリティ障害の単独診断が1名、副診断に物質関連障害がある者が2名、精神遅滞が2名、認知症が1名であった。一方、施設外評価では入院時点で退院後の計画がほとんど立っていないため、2点の評価が7割以上を占めていた。

R2 (不安定化要因への暴露) : ストレスの要因となる物理的、对人的な環境を施設内と施設外で評価する。施設内評価では何らかの問題があると予測される者(1点以上)は7割程度であるのに対し、施設外では1点以上が9割以上を占めていた。

R3 (個人支援の不足): 施設内における個人支援については問題がない者が半数を占めていたが、施設外評価では4割以下で、重大な問題がある者が6割弱であった。対象者の家族が入院中の金銭的な援助については同意しているが、退院後の同居などを含めた援助に同意していないといった問題が反映されているものと考えられた。

R4 (治療的試みに対する遵守性の欠如): この項目については、施設内評価と施設外評価ではほとんど変わらない値を示し、問題のない者が約半数を占めていた。明らかな問題がある(2点)と評価された者は8名で、その主診断の内訳は統合失調症が7名、解離性障害が1名であったが、副診断として物質関連障害が3名、パーソナリティ障害、認知症が各々1名認められており、重複診断を有する者に遵守性に対する問題が多いことが分かる。

R5 (ストレス): 施設内評価ではストレスの可能性が低い者が6割以上を占めていたが、施設外ではストレスの可能性が低い者が4割程度に留まり、施設外でのストレスの方がより高い結果となった。

3) 重回帰分析による検討

急性期ステージに要した日数と、年齢、性別と表5にあげたHCR-20の各項目との関係を重回帰分析によって検討した。なお、ここでは入院時の急性期ステージの日数を従属変数としたため、R項目は施設内評価の項目のみを独立変数として採用した。

表6 重回帰分析の結果

	非標準化係数		標準化係数	t	有意確立
	B	標準誤差	ベータ		
年齢	0.913	0.526	0.312	1.734	0.095
女性	-37.483	12.111	-0.360	-3.095	0.005 *
H2	14.715	8.173	0.292	1.800	0.083
H7	-45.411	22.357	-0.289	-2.031	0.053
C3	12.142	6.209	0.229	1.955	0.061
R1_in	42.838	9.479	0.633	4.519	0.000 *
R4_in	13.415	5.827	0.299	2.302	0.030 *
R5_in	12.549	5.575	0.252	2.251	0.033 *

*は統計学的に有意な相関を示したもの

表6にHCR-20の施設内評価における重回帰分析の結果を示した。変数減少法により残った変数は、年齢、性別、H2(最初に暴力をふるった時の年齢が低い)、H7(サイコパシー)、C3(主要精神疾患の活発な症状)、R1_in(計画が実行可能性を欠く)、R4_in(治療的試みに対する遵守性の欠如)、R5_in(ストレス)であった。

対象者の入院時の年齢と、H2の「最初に暴力を振るった時の年齢が低い」はともに急性期ステージの日数と正の相関が見られた(標準化係数はそれぞれ、0.31と0.29、有意確率は0.095と0.083)。対象者が女性である場合やH7のサイコパシーの傾向が見られる場合は、急性期ステージの日数と負の相関が見られた(標準化係数はそれぞれ-0.36と-0.29、有意確率は0.005と0.053)。臨床項目の中ではC3「治療に反応しない」のみが残ったが、急性期ステージの日数と正の相関が見られた(標準化係数0.229、有意確率0.061)。リスク・マネジメント項目では、5項目中3項目が残り、R1「計画が実行可能性を欠く」、R4「治療的試みに対する遵守性の欠如」、R5「ストレス」はそれぞれ急性期ステージの日数と正の相関が見られ(標準化係数はそれぞれ0.63、0.30、0.25、有意確率は0.000、0.03、0.033)、これら3項目はいずれも統計学的に有意であり、中でもR1は全変数のうちで最も高い相関を示した。

D. 考察

医療観察法の対象者にHCR-20を用いて評価したところ、HCR-20のヒストリカル、臨床的、リスク・マネジメントの各項目と急性期のステージの日数と相関が見られ、このツールの臨床場面における有用性が示唆された。このようにHCR-20が拘留されている期間の長さを予測するということはVincentも報告している。ここでは、

重回帰分析の変数減少法で残った各変数の解釈について考察し、最後に、本研究の限界について述べたい。

対象者の年齢が高いほど急性期ステージの期間が長くなることが示された。これは、対象者の精神疾患の罹病期間の長さに関係している可能性がある。長期の罹患により疾病に対する理解力が低下していたり、統合失調症の陰性症状のため意欲が低下したりするため、治療の導入期に必要な法に対する理解を得るのに時間がかかるのではないかと思われる。武蔵病院の医療観察法病棟では、医療観察法の手続きの流れを解説したパンフレットを用いて、入院時のオリエンテーションを実施するなどして、高齢者も意識した治療プログラムを導入しているが、それでも理解に問題が残る患者には、さらに理解を得させるための工夫が必要であると思われた。

また、年齢が高くなればなるほど、対象者の行動様式はそれだけ固定化することになり、急性期ステージのみならず、その後の治療の予後に影響を及ぼす可能性がある。最初に暴力をふるったときの年齢が低い者ほど急性期ステージの日数が延びることも同様の理由によるものと思われ、犯罪や反社会的行動に関わりを長く持っている者については、長期にわたって確立した認知や行動の様式を変容させるような治療プログラムが必要であると思われた。

近年、薬物療法に抵抗を示す慢性の統合失調症に対して認知行動療法が有用であるとの無作為割付試験による報告もあり、医療観察法病棟でも統合失調症に対する認知行動療法は積極的に取り入れている。一方、反社会的な行動そのものに対する認知行動療法の効果については十分なエビデンスはなく、かつこの問題に介入する治療プログラムも、現在、病棟では試験的に行われているに過ぎない。以上のことが、対象者の

急性期ステージの期間を長期化させる可能性もあると思われた。

女性やサイコパシーの傾向を有する者は、急性期ステージを比較的早く脱するが、この結果は、必ずしも女性やサイコパシーの予後の良否を反映しているわけではないと思われる。例えば、Mulveyらは、臨床家はしばしば女性のリスクを過小評価する傾向を指摘しており、本研究の対象者でもそのような傾向が結果に反映されている可能性がある。また、本研究の対象者には純然たるサイコパスは存在しないが、相対的にサイコパシー傾向の強い者は、彼らの操作性や表面的な魅力のために、むしろ病棟内では適応に成功する可能性が高いと思われる。従って、精神科病棟という保護的かつ強制的な枠組みにおける適応が比較的良く、施設外における行動が問題となる対象者の場合には、退院後の施設外アセスメントが重要となると思われた。

介入や治療によって変動する臨床項目では、治療に反応しない者ほど急性期ステージの期間が延びる傾向が認められ、認知症、慢性の統合失調症、精神遅滞、パーソナリティ障害などの診断を有する者にそのような傾向が顕著に認められた。これらの診断を有する者は、その障害自体は治癒しないものの、彼らの他害行為の再発を防ぐためのリスク・マネージメントを実施することは可能ではないかと思われる。しかし、現在の医療観察法病棟ではリスク・マネージメントの臨床的なノウハウが十分得られていないために、結果的に、治療反応性を巡って不毛な議論が繰り返され、治療期間の長さに影響を与えたと考えられる。

本研究では、急性期ステージの日数に最も大きな影響を及ぼしていたのが HCR-20 のリスク・マネージメント項目であった。同様の傾向は、諸外国における研究においても認められる。例えば、スウェーデンの

Strandらの司法精神科病院における研究では特に R5 のストレスが将来の暴力犯罪を予測していた。また、英国の Gray らの調査でも、精神病と気分障害を中心とする精神疾患の退院後の再犯を強く予測したのは HCR-20 のヒストリカル項目とリスク・マネージメント項目であった。

本研究では、施設内での計画が実行可能性を欠いている (R1) 場合に急性期ステージの日数が延びる傾向が認められた。治療計画になんらかの問題があると判断された者の中にはパーソナリティ障害、物質関連障害、精神遅滞、認知症など治療反応性に問題がある者が少なくなかった。これらの患者については医療観察法の入院処遇の中でどこまで治療が可能であるかという議論もあり、入院時点で十分に治療計画が立てられなかったことが急性期の治療期間の長さに影響を及ぼしたものと思われた。現在、武蔵病院の医療観察法病棟では物質関連法外に焦点を当てた治療プログラムを実施しており、そのプログラムは軌道に乗りつつある。しかしパーソナリティ障害、精神遅滞、認知症を含む高齢者に対しては、特異的な治療プログラムはまだ用意されていない。今後、臨床的なノウハウを積み上げていくことで、このような診断に対しても有効なリスク・マネージメント・プランを立てられるようになる必要があると思われた。

治療的試みに対する遵守性の欠如は、急性期ステージの日数に影響を及ぼしていた。この項目では、拒薬傾向や入院処遇に対する不満の表明などの治療に対する基本的な態度を評価し、特に、急性期ステージにおいては治療に参加する姿勢、スタッフとの治療関係などを評価するため、この項目が急性期ステージの長期化の要因になることは理にかなっていると思われた。

ストレスの項目では、一般的に、対人緊張、閉鎖処遇、規則などの医療観察法病棟

の枠組みで生じるストレスを総合的に評価するが、対象者の中には、対象行為に対する罪悪感から、刑務所などの矯正施設における処遇を望んでいる者もいた。このように、ストレスの要因は、多岐に渡り、個別性も高い一方で、本研究が示しているように、急性期ステージの期間に対する影響も大きいため、個別的評価を十分に行って、対処していくことが重要であると思われた。

本研究には、アウトカムとして急性期ステージの日数を用いていることから、いくつかの限界がある。既に述べたように、急性期ステージを早く脱するからといって、そのことが必ずしも対象者の予後を反映するとは言えない。医療観察法の入院処遇は急性期ステージのみならず、回復期、社会復帰期、それぞれのステージごとに目標が設定されているため、急性期の期間だけではなく、回復期、社会復帰期の各ステージの治療期間に影響を与える要因や、治療期間全体に影響を与える要因も検討する必要がある。それによって、各ステージにおける有効な治療的介入や、医療観察法の入院医療全体の課題が明らかになると思われる。

また、本研究のように急性期ステージの日数をアウトカムとする研究デザインでは、対象者が入院処遇中に物質を乱用する機会はほぼ完全になく、暴力の最大のリスク要因として知られる物質使用の問題は全くクローズアップされてこない。しかし、対象者の 30%には現にこの問題が存在しており、かつ、地域社会における重要なリスク要因と臨床的に判断されることから、入院処遇中に物質使用に関する治療プログラムは積極的に導入している。この変数を適切に評価するためには、退院した後に、施設外のアセスメントを行い、暴力行為をアウトカムとしたフォローアップを実施していくことが重要であると思われた。

D. 結論

触法精神障害者の治療を規定するわが国初の法律である医療観察法の入院対象者 35 名に対し、世界各国で広く普及しているリスク・アセスメント・ツール HCR-20 による評価を行い、その各項目と急性期ステージの治療期間の相関を検討した。法施行から間もないこともあり、対象者の全治療期間ではなく入院処遇中の急性期ステージに限って調査を実施した。入院治療の導入の時期で、かつ、その後の治療が円滑に進むか否かの要因が多く含まれている急性期ステージの期間と、HCR-20 のかなりの項目が相関していたことは、HCR-20 が日本の司法精神医療の現場でも十分に適用できる可能性を示していると考えられた。

急性期ステージの期間と有意な相関のあった変数は、性別、R1（計画が実行可能性を欠く）、R4（治療的試みに対する遵守性の欠如）、R5（ストレス）であった。この背景として、パーソナリティ障害、物質関連障害、精神遅滞、認知症などの治療困難な対

象者への治療プログラムが十分に機能しておらず、治療計画の立案自体に問題が生じていることが、急性期の治療期間の長期化の要因となっていると考えられ、今後の課題が示された。

また、本研究で急性期ステージの期間と直接相関していなかった H5（物質使用の問題）や、負の相関を示した H7（サイコパシー）については、入院という保護的な環境における評価では十分ではなく、退院後の地域社会において評価を継続的に行っていく必要があると考えられた。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

樽矢敏広：医療観察法の入院処遇者に対する構造化された専門家判断としての HCR-20 の適用可能性について、犯罪学雑誌（投稿中）

厚生労働科学研究こころの健康科学研究事業

他害行為を行った精神障害者の診断、治療
及び社会復帰支援に関する研究
(主任研究者 山上 皓)

平成18年・19年度報告書
分担研究「医療観察法における医療必要性の研究」

共通評価項目に関する改訂および
共通評価項目の研修のためのガイド

研究協力者 壁屋 康洋
須藤 徹

独立行政法人国立病院機構 肥前精神医療センター

分担研究者 村上 優
独立行政法人国立病院機構 琉球病院長

平成20年3月

はじめに

医療観察法が平成17年7月に施行されて、この法律に沿って鑑定、審判、入院処遇、通院処遇、処遇終了まで、わが国での新しい医療が始まった。医療観察法は第1条に「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、よってその社会復帰を促進する」ことを目的として謳っている。この医療を円滑に実施するために治療評価を構造化することを目的とし、また「同様の行為の再発の防止」のために、わが国では定着していないリスクアセスメント・マネジメントも包含した評価を行うために共通評価項目が厚生労働科学研究松下班で開発され、それを厚生省が法律の趣旨に沿って修正し、医療観察法のガイドラインに掲載した。入院や通院処遇の対象者に関しては評価が義務付けられており、この医療に従事する関係職員は、共通評価項目に精通することが求められている。

共通評価項目は作成の意図は、第1に評価の統一化・標準化であり指定医療機関・地域処遇における共通の評価尺度として用いる、第2に対象者の横断面評価と縦断面評価を系統的に行い、現在症と治療過程の変化を時系列に評価する、第3に多職種チームによる評価の共通言語として視点を共有する、第4に社会復帰戦略の構造化し評価が治療と社会復帰の方略に転化する構造を有する、第5に医療観察法医療が精神科領域でのEBMに寄与し成果を還元することを目的としている。

実際に共通評価項目が利用されるようになり、多くの意見が関係者より提案され、それを集約して改訂への準備を続けてきた。医療観察法病棟開設前の全体研修や研究班、肥前精神医療センターの研修会を通して、改訂に関する要望を集積して共通評価項目の改訂の基礎となる試案を作成した。今回の研究班による共通評価項目は理解を得るために解説とアンカーポイントより構成されているが、現在使用されている入院処遇ガイドライン等ではアンカーポイントだけが搭載されている。これはリスクアセスメントが「再犯予測」と誤解を受けやすい概念であり、医療観察法の趣旨に馴染まないとの懸念からであるが、研究としては解説部分もあわせて検討を行った。

本報告書は研究班会議、研修会での疑義や意義に関する検討を通して掲載した共通評価項目第2版案を作成し、その研修を進めるためのガイド、研修の実習に使う症例とモデル評価を行ったもの掲載している。共通評価項目の理解を深める手助けとなり、信頼度や妥当性を高めることができることを期待し、また評価を構造化してリスクアセスメント、リスクマネジメント、それを含めた治療計画までの治療方略を立案できることを目的とする。共通評価項目を作成した肥前精神医療センター医療観察法病棟の須藤徹医師と、今回の研修や改訂作業をまとめたガイドを作成した壁屋康洋臨床心理士によるところが大きい。検討に参加したすべての指定入院医療機関職員の協力の賜物でもある。

目 次

はじめに

共通評価項目 研修会のためのガイド	1
共通評価項目の解説とアンカーポイント	17
共通評価項目記録用紙	33
共通評価項目解説とQ&A	39
共通評価項目の評価期間	47
モデル症例	
モデル症例1	48
モデル症例2	69
モデル症例3	94
モデル症例4	111
モデル症例5	132
付 録 共通評価項目の解説とアンカーポイント	
2008年4月1日 第1版から第2版への変更	151
おわりに	167

共通評価項目
～研修会のためのガイド～

1. まえがき～本書の使い方

共通評価項目が医療観察法に基づく指定入院医療機関、指定通院医療機関、社会復帰調整官などに必須のものとなり、運用が進んでいます。以前から共通評価項目のマニュアルをまとめてほしいとの要望がありました。しかしながら、私としてはこのマニュアルを読み、自分で評定演習をして実際の評定を行う、という学習は行って欲しくないと思っています。これは私自身も心理テストの学習などで通常行ってきた学習法ですが、共通評価項目の学習は独学では行わないでください。では何のために本書があるのか。タイトルに「研修会のためのガイド」と銘打ったように、研修会を進めるために用いてください。自主的な研修会でも構いませんが、必ず複数で、できれば医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理士を含んだ多職種で研修会を行ってください。その研修会の進め方の手引きとして本書を利用していただけると幸いです。

共通評価項目は、指定入院医療機関、指定通院医療機関、社会復帰調整官などが共通して用いるという意味で「共通」でもありますが、各施設が多職種が話し合って評定するという意味でも「共通」です。必ず複数で研修会を行って頂きたいというのは、多職種が話し合って評定する、本来の使用形態での研修をして頂きたいからです。

私は2004年のイギリス研修の際、Dr. WebsterによるHCR-20のワークショップを受講しました。そのワークショップの中で、HCR-20の評定をし、小グループで評定のディスカッションをする時間がありました。ワークショップへは、イギリス人受講生に混じって、共にイギリス研修を受けていた三澤 OT、中野 OT、西谷看護師長と私の4人の日本人が参加していました。当初、講師のDr. Websterからは4人がばらばらにイギリス人受講生に混じったグループでディスカッションするように支持されましたが、言語の不自由さを理由に、日本人4人のグループで評定のグループワークを行わせて頂きました。その時、作業療法士、看護師、臨床心理士の多職種でディスカッションを行ったため、互いの職種の視点と捉え方の違いが感じられ、非常に興味深い体験となりました。この体験が共通評価項目の原点となっています。共通評価項目の研修では必ずグループ評定の時間を設けてきましたが、研修会では多職種でのディスカッションの面白さをいかにして伝えるかという点に腐心しています。そのためには、いくら言葉を尽くすよりも、体験して頂くことが最善と考えています。

もう1点、グループディスカッションの意義を示すエピソードを挙げたいと思います。これはある病院で共通評価項目と診療支援システムの研修を3日間で行った時のことでした。3日間の研修が全て終了した時、その病院の副看護師長が私に駆け寄り、「おかげでスタッフのグループの力動が変わりました。3日間の初めはどうなることかと思ったけど、最後は皆で司法精神科医療をやるんだというまとまりが出てきました」と言って下さいました。これは臨床心理士である私にとって最高の賛辞でした。研修開始当初は受講生である病院スタッフからの発言は少なく、また司法病棟でこれまでと異なるアセスメント法を強られることへの抵抗もありました。しかしグループディスカッションの時間に受講生の力動とバランスを考えたチーム編成をし、それぞれのチームでディスカッションを進める中で、それぞれの受講生が発言することで活性化し、チームでのディスカッションの意義をつかみ、集団としての凝集性を高め、新しい医療へと向かう前向きな姿勢へと変わっていきました。共通評価項目のグループ評定では対象者の情報とアセスメントに関する意見を出し合うため、治療評価会議そのものであり、チームの活性化と凝集性という副産物が得られます。治療チーム作りという点でも、多職種のディスカッションを通じたグループ評定は有益であり、是非共通評価項目の研修にグループ評定の時間を設けて頂きたいと思います。本書では実際の共通評価項目の研修の進め方を提示し、また説明の際によく出る質疑と補足説明を紹介したいと思います。

おわりに、よく誤解されるのですが、共通評価項目の原著者は私ではなく、肥前精神医療センターの須藤医師であることを付言しておきます。敢えて言えば、私が作成したのは共通評価項目の内容や構成ではなく、以下にお示しする研修プログラムです。

肥前精神医療センター 心理療法士 壁屋康洋

2. 研修プログラム例

標準的な共通評価項目の研修会のプログラムを以下に挙げます。

表1 標準的な研修プログラム

no.	タイトル	配布資料	所要時間	形態
1	リスクアセスメントと共通評価項目	リスクアセスメントと共通評価項目	40分	講義
2	指定入院医療機関でのカンファレンスの流れ	共通評価項目を軸とした入院治療とカンファレンスの展開	20分	講義
3	項目の解説	共通評価項目の解説とアンカーポイント 共通評価項目記録用紙 治療計画	60分	講義
4	評定演習1	症例1	60分	個人演習
5	解説1	模範解答・症例1	45分	講義(質疑)
6	モデルディスカッション	症例2	90分	ロールプレイ
7	評定演習2	症例3	60分	個人演習
8	解説2	模範解答・症例3	45分	講義(質疑)
9	評定演習3	症例4	150分	グループワーク
10	解説3	模範解答・症例4	60分	講義(質疑)
11	評定演習4	症例5	150分	グループワーク
12	解説4	模範解答・症例5	60分	講義(質疑)

大まかなプログラムで、所要時間も大体的目安ですが、これで1日7時間で2日間の研修になります。指定入院医療機関の研修の場合には、この後に診療支援システムの研修を行っています。また(2)「カンファレンスの流れ」は指定入院医療機関でのカンファレンスの流れを前提にしていますので、その他の機関での研修の際は省略して頂いて構いません。また演習などの時間は流れに応じて長くしたり、また短くしたり、宿題とすることも可能でしょう。また後述しますが、(6)「モデルディスカッション」は以前に共通評価項目の研修を受けた多職種スタッフ(医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理士)がいれば(4)(5)で1例目の演習を行った後に実施しますが、以前に研修を受けたスタッフが5職種に揃わなければ、(7)(8)の2例目の演習が終わった後に行います。

次に上記プログラムの各セッションについて解説します。

1) リスクアセスメントと共通評価項目

配布資料－「リスクアセスメントと共通評価項目」

このセッションではリスクアセスメントの目的と特性、および、アセスメント法の中での共通評価項目の位置づけについて解説します。

①リスクアセスメントとは

構造化の程度によってリスクアセスメントを a)専門的評価、b)保険数理的評価、c)構造的臨床評価の3つに分けて特徴と限界を解説します。一貫性と透明性の重要性へとつながり、また共通評価項目の構造を理解するため内容となります。

②リスクアセスメントの限界

リスクアセスメント＝危険性予測と考えた時の限界と、リスクアセスメントに基づいて退院の判断をする際の危険性を概説します。特に他害行為を防ぐために予防拘禁的な措置をとると、不必要な拘禁が多数発生することを強調します。

① リスクアセスメントとは

リスク (危険性) のアセスメント。起こり得る否定的な結果を抑えるために、危険性を理解するプロセスです。リスクアセスメントにはいくつかのやり方がありますが、ここでは構造化の違いによってアプローチを分類し、その特徴を挙げます。

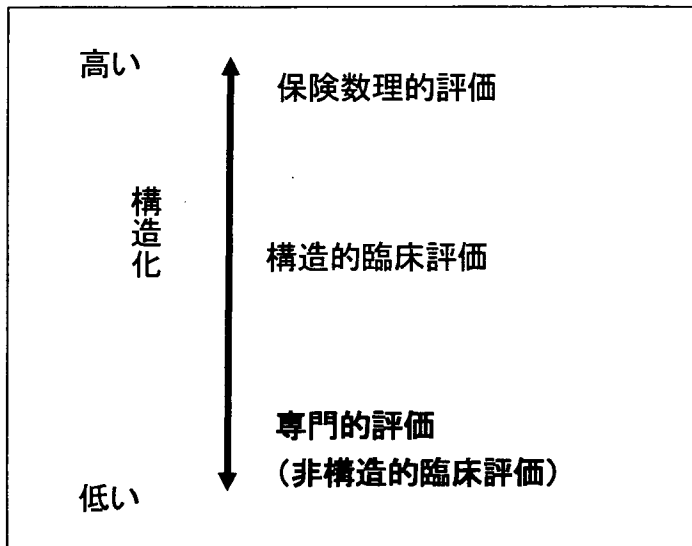


図1 アプローチの型(1)

a) 専門的評価 (非構造的臨床評価)

はじめに専門的評価についてその特徴を述べます。専門的評価というのは、特に何らかのアセスメントツールを使うわけではなく、専門家が情報を収集して判断する、最も構造化の緩い従来の方法です。この方法は最も一般低に用いられているため、専門家や裁判所、検察官などにもなじみのある方法です。

特徴

- ・ 評価過程に制約がない
特に決まった評価プロセスがないため、どんな情報も考慮に入れることができます。また情報を集める方法についても制約がなく、自由に情報を集めることができます。そのため、柔軟で容易に適用できます。
- ・ 決定に制約がない
集めた情報に基づく判断に際して、特に判断の仕方に決まりはなく、情報の組み合わせ、重み付けも自由です。

限界

- ・ 系統的・実証的サポートがない。
個々の専門家の経験に基づく部分が大きく、実証研究など科学的な裏づけがありません。また根拠があいまいではっきりしません (反証できない)。
- ・ カリスマ的権威に依存
実証的サポートがなく、根拠もはっきりしないため、内容の信憑性も専門家のカリスマ的権威に頼ってしまう形になります。また個々の専門家の経験に基づくため、一致率が低くなり、結果として決定が多岐に渡ります。また正確さが低いというレポート(Quinsey, et als.,1998)もあります。

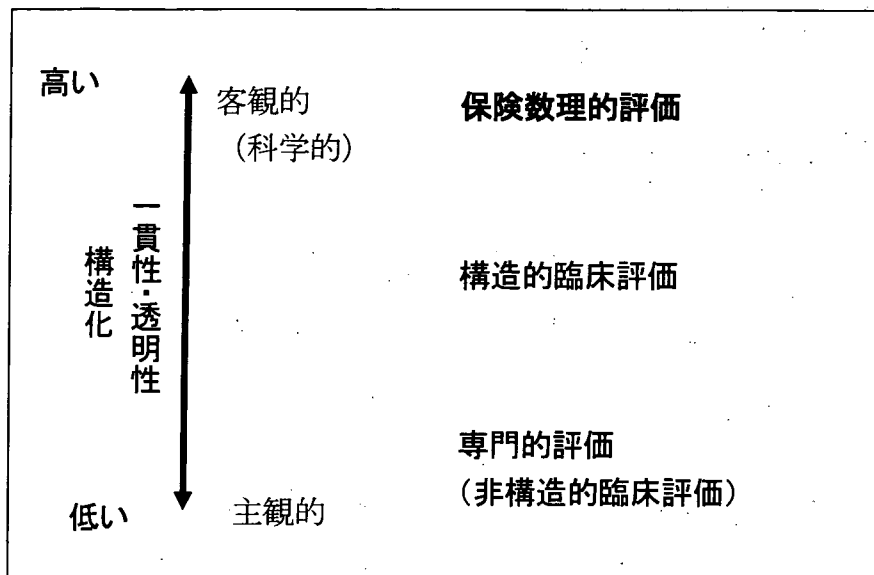


図2 アプローチの型(2)

b) 保険数理的評価(actuarial judgment)

次に保険数理的判断について述べます。保険数理的判断というのは、構造化という意味において専門的判断の対極に位置するもので、実証的研究によって作られたリスク尺度を用いて評価する手法です。

特徴

- 単独で結果を予測するようにデザインされている。
1つのリスク尺度を用いることで、危険性予測についての結論まで出るように作られています。
- 堅い構造
リスク尺度の使い方がはっきりしており、集める情報、情報の組み合わせ方など決まっています。そのため誰が用いても同じ結論にたどり着きます。つまり判断の一致率が高くなります。
- 実証研究によるサポート
一定のサンプルを集めて統計的に研究した結果作成された尺度なので、根拠がはっきりしています(科学的)。

限界

- 開発された研究でのサンプルに強く依存
リスク尺度で得られる結果はリスク尺度を作成した研究の対象、文脈、期間に応じた結果であり、他のサンプルに適用する時には尺度の背景を考える必要があります。そうしなければ、結果が誤って解釈されることになります。

例1) Iterative Classification Tree (ICT) (Monahan et als,2001)

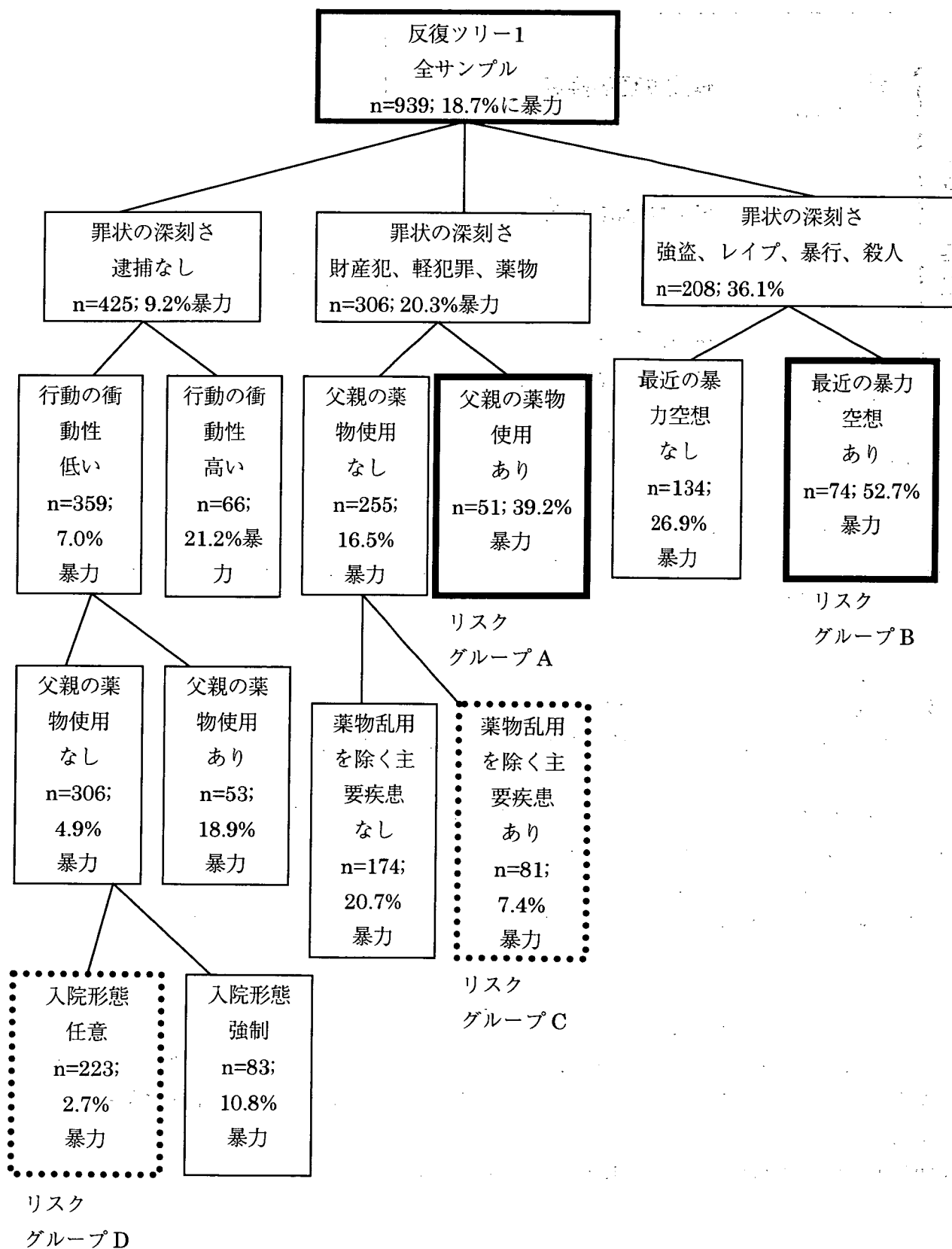


図3 ICT(抜粹)

ICTは Monahan et als(2001)によって開発されましたが、その際に急性期病棟を退院した939人をサンプルとしました。ICTでは図3のように、いくつかのリスクファクターの有無によってフローチャートのように分岐

することでサンプルをグループ化し、低リスクグループ（図3ではリスクグループC、D）と高リスクグループ（図3ではリスクグループA、B）に分けます。低リスクグループと高リスクグループのどちらにも属さなかったサンプルは再度新たな反復ツリーを用いてグループ化を進めます。

例2) Violence Risk Appraisal Guide (VRAG) (Quinsey, et als.,1998)

表2 VRAG(抜粋)

1. 実父母と16歳まで同居。(死別を除く)	
はい	= -2
いいえ	= +3
2. 小学校での不適応	
問題なし	= -1
軽度(軽い規律や出席)または中等度	= +2
重篤な問題(頻回な妨害行動、出席、退学や長期の停学になるような行動)	= +5
3. アルコール問題歴	
以下の該当数に従っていずれかの点が割り当てられる: 実親のアルコール乱用、十代でのアルコール問題、成人後のアルコール問題、過去の犯行でのアルコールの関与、対象行為でのアルコールの関与	
0	= -1
1または2	= 0
3	= +1
4または5	= +2
4. 婚姻状態	
結婚したことがある(もしくは内縁関係で6ヶ月以上同居した)	= -2
結婚したことがない	= +1
5. 対象行為前の非暴力犯の犯罪歴得点(Corminer-Langシステムより)	
0点	= -2
1点または2点	= 0
3点以上	= +3
6. 過去の仮釈放の失敗(保護観察の違反、仮釈放中の取り消し、不同意、保釈違反や新たな逮捕を含む)	
なし	= 0
あり	= +3
7. 対象行為時の年齢	
39歳以上	= -5
34~38歳	= -2
28~33歳	= -1
27歳	= 0
26歳	= +2
8. 被害者のケガ(対象行為時;最も重篤なものが得点される)	
死亡	= -2
入院	= 0
治療後帰宅	= +1
なしまたは軽度(被害者なしを含む)	= +2
9. 女性の被害者(対象行為時)	
あり	= -2
なし(被害者なしを含む)	= +1
10. DSM-IIIの人格障害の基準を満たす	
非該当	= -2
該当	= +3
11. DSM-IIIの統合失調症の基準を満たす	
該当	= -3
非該当	= +1

12. PCL-R 得点

4 点以上 = - 5

5 ~ 9 点 = - 3

10 ~ 14 点 = - 1

15 ~ 24 点 = 0

25 ~ 34 点 = + 4

35 点以上 = + 12

表 3 VRAG リスクグループの区分と 7 年間および 10 年間再犯率

リスクグループ	VRAG 得点	7 年間再犯率	10 年間再犯率
1	-22 以下	0	0.08
2	-21 ~ -15	0.08	0.1
3	-14 ~ -8	0.12	0.24
4	-7 ~ -1	0.17	0.31
5	0 ~ +6	0.35	0.48
6	+7 ~ +13	0.44	0.58
7	+14 ~ +20	0.55	0.64
8	+21 ~ +27	0.76	0.82
9	+28 以上	1	1

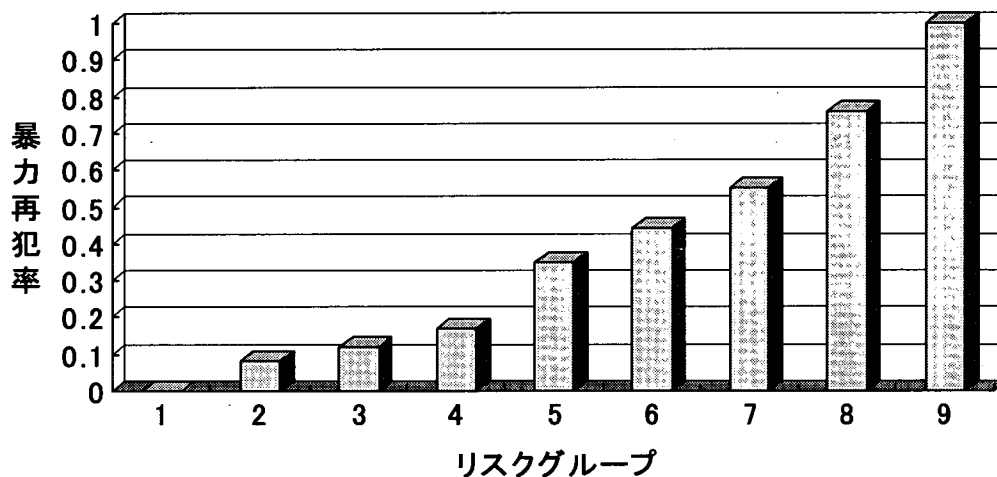


図 4 VRAG リスクグループと 7 年間暴力再犯率

Quinsey et als(1998)によって開発された VRAG は、最重度保安病院での 685 人のサンプルに基づいて作成されました。表 2 の 12 領域について得点化し、その合計点によって表 3 のようにグループ化します。

上記のように ICT も VRAG も、一定のサンプルを用いた実証研究によって作成され、実際にどの程度の暴力があったのか確かめられています。またどちらも与えられたリスクファクターについての情報があれば、決められた手順に沿ってリスクの判断をすることになり、前述のような実証的サポートと堅い構造が確保されています。しかしながら、2つのアセスメントツールに表されている通り、ツールに含まれるリスクファクターとその評価が異なります。これは ICT のサンプルが急性期病棟の入院患者で、必ずしも暴力の既往がないのに対し、VRAG