

のサンプルが最重度保安病院の入院患者で、全員が過去に重大犯罪の既往があることに起因します。特に VRAG で統合失調症、女性の被害、被害者のケガがそれぞれあった方がリスクが低くなりますが、これらは全体的にリスクの高い最重度保安病院のサンプルの特徴によるものです。例えば統合失調症と暴力との関係は研究によって結論が分かれており、リスクを高めるとするものと低くするというものの両方があります。VRAG の開発過程では、人格障害や薬物乱用患者がともに入院しているカナダの最重度保安病院の中では統合失調症患者が相対的にリスクが低かったために、VRAG では統合失調症がリスクを低くする要因となっています。女性の被害や被害者のケガも同様で、女性が被害に遭った方がリスクが低い、被害者がケガをした方がリスクが低いというのは一見奇妙に映りますが、これはサンプルの特性によるものです。また ICT では最初に過去の犯罪の重篤度を評価しますが、重大な他害行為を起こしたことが前提になる医療観察法の対象者では、ICT を用いれば大部分が高リスクということになります。これは一般に急性期病棟を退院した患者より、過去に重大な他害行為を起こした患者の方が将来の暴力のリスクが高いことによります。

このように、保険数理的リスク尺度は特定のサンプルの実際のデータをもとに作成されている分、実証的な裏づけがあると言えますが、作成過程でもとになったサンプルの特性を考慮に入れて用いなければ、結果が誤って解釈されることになります。

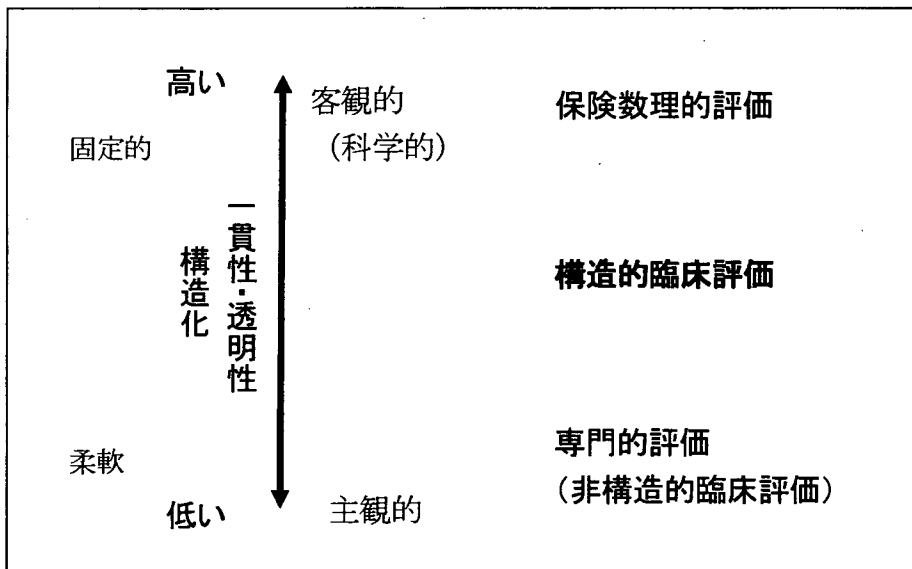


図5 アプローチの型(3)

c) 構造的臨床評価

最後に構造的臨床評価について述べます。これは専門的評価と保険数理的評価の中間に位置する評価法で、実証研究に基づいて抽出されたリスクファクターを検討し、評価していくプロセスを定めますが、保険数理的評価のように最終判断までは確定しておらず、専門家に一定の裁量を与えるものです。

特徴

- ・ 評価と決定に一定の構造を課している
 - 一定の考慮すべきリスクファクター、情報を集めて評価するプロセスが決まっており、そのため評価者の判断プロセスが特定されます。言い換えると、保険数理的評価ほどではありませんが、評価にある程度の一貫性と透明性が確保されます。同時に、保険数理的評価ほど固まっておらず、一定の柔軟な使用が可能です。

限界

- ・ 新しい技術のトレーニングが必要
 - 専門家の経験に依存する面が減りますが、新たに評価法のトレーニングが必要になります。専門的判断に慣れ親しんだ評価者には、評価プロセスの再編成が求められます。
- ・ 専門家の裁量に依存する面がある
 - 一程度構造化されているため、専門的判断ほどではありませんが、それでもなお専門家の裁量に依存する面があるため、保険数理的評価よりは判断に不一致が生じます。

例) HCR-20 (Webster et als, 1997)

表4 HCR-20のリスクファクター項目

| H(Historical) Factors | Clinical Factor | Risk Management Factor |
|------------------------------|-----------------|------------------------|
| H1:暴力行為既往歴 | C1:内省の欠如 | R1:実現可能性のない計画 |
| H2:若年での初回暴力 | C2:否定的態度 | R2:不安定要因の暴露 |
| H3:不安定な人間関係 | C3:主要精神疾患の進行中の症 | R3:人的支援の欠如 |
| H4:雇用問題 | 状 | R4:治療への不同意 |
| H5:薬物使用の問題 | C4:衝動性 | R5:ストレス |
| H6:主要精神疾患 | C5:治療抵抗性 | |
| H7:サイコパシー (PCL-R, PCL:SV) | | |
| H8:早期の不応 | | |
| H9:人格障害 | | |
| H10:管理失敗既往歴 | | |

構造的臨床評価の例としてHCR-20(Webster et als, 1997)を挙げます。HCR-20は①表4の20項目のリスクファクターの検討、②暴力のシナリオを記述、③シナリオに対するマネジメント方略を記述、④ケースの優先順位を定める、という4ステップに沿って評価します。20項目のリスクファクターは実証研究のレビューによって選定されていますが、特定のサンプルで最適化されているわけではありません。また特に②暴力のシナリオ作成からのステップでは構造として定められている範囲が小さく、専門家の裁量の範囲が大きくなり、実証的知見と臨床的知見の橋渡しが意図されています。

このように、リスクアセスメントはその構造化の度合いによって専門的評価、保険数理的評価、構造的臨床評価に分けられますが、上述のようにそれぞれ長所と短所があります。本書で扱う共通評価項目は構造的臨床評価

に属し、①HCR-20 同様に定められた項目の検討、②リスクのシナリオを作成、③シナリオに対するマネジメントプランを作成の3ステップから成ります。構造的臨床評価であるため、本書で推奨する研修会のようなトレーニングによって新たな技術を習得する必要がありますが、評価に一定の一貫性と透明性を確保することができます。

② リスクアセスメントの限界

- ・ リスクファクターは過去の要因が多い

図3のICT、表2のVRAGのようにリスクファクターには過去の要因が多いです。これには、実際にその人の過去が未来に大きく影響するということがありますし、過去の変わらない要因は測定しやすく、信頼性が高くなるということもあります。しかしながら、過去の変えられない要因によってリスクを評価すると、その人は今後ずっとリスクが高いということになり、レッテル貼りになりかねません。

- ・ リスクアセスメントとリスクマネジメントの関係

リスクアセスメントをしても、具体的なリスクマネジメントにつながらなければ実際の役には立ちません。図4を見てください。VRAGでは図4のようにそれぞれのリスクグループに対して危険性の高さが表されます。仮にリスクの高い人は入院医療機関での処遇を続け、リスクの低い人は退院を許可するとします。すると、リスクグループ1は7年間再犯率が0%なので、退院を許可できるでしょう。同様にリスクグループ9は再犯率が100%なので、入院を継続するでしょう。では真ん中のリスクグループ5はどうでしょう？再犯率は35%です。これは高いと言えるでしょうか、低いと言えるでしょうか？再犯率12%のリスクグループ3はどうでしょう？10人退院を許可し、1人が再犯をしても仕方がないと許されるでしょうか？私はこの点を恐れています。1人の退院後の他害行為が起こるたびにマスコミなどから批判が起こり、退院の基準が厳しくなるのではないのでしょうか？ここで問題になるのは、他害行為の危険がないと判断されて退院し、実際には他害行為を行った人は、判断の誤りが目に見えて分かります。しかし危険性が高いと判断されて入院が継続された人は、実際にその判断が正しかったのか、実は判断の誤りで不必要な拘禁だったのかは、地域社会で他害行為を犯す機会がないために分かりません。例えばVRAGのリスクグループ3の人達10人を入院継続すると、1人の他害行為を防ぐことはできますが、残り9人を不必要に拘禁していることになり、なおかつ誰を不必要に拘禁しているかは分かりません。つまり、リスクが低いと誤って判断した時は、その判断が誤りと分かって批判を受けますが、リスクが高いと誤って判断した時は、その判断が誤りと分かる機会がないため、批判も受けません。そのため、結果的に不必要な拘禁が増えるのではないのでしょうか？

このように、リスクアセスメントの結果を単なる再犯予測として用い、入院の継続か退院かという二者択一を行ってしまうと、解決不能な問題に陥ります。

③ リスクアセスメントの目的

ここで改めてリスクアセスメントの目的を考えます。リスクアセスメントの目的は単にリスクを知ることではありません。他害行為などのリスクを防ぐことが目的です。リスクを防ぐためには、そのためのマネジメントプランが必要です。マネジメントプランを立てるためには、リスクアセスメントの結果が図4のように「何%くらい危険」との絶対的なリスク評価の形で表されるよりも、「服薬が途切れて症状が再燃してきた時に危険となる」のように条件付きのリスク評価の形で表された方がマネジメントにつながりやすく、有益です。

もう1点、リスクアセスメントをする上で、一貫性と透明性を推し進めることの重要性を挙げたいと思います。図5のように、一貫性と透明性はアプローチの型が構造化されているほど高く、保険数理的評価で最も高くなります。一貫性と透明性がなぜ重要かと申しますと、それは対象者の権利を守るためです。評価者によってアセスメントのやり方や結果が異なる（即ち一貫性が低い）ならば、対象者がどの評価者にめぐり会うかによって処遇

のされ方が変わります。しかも評価者の経験と権威のみに基づく判断で、どのようにして判断したのか分からない（即ち透明性が低い）ならば、評価の過程がブラックボックスとなり、判断の信憑性について検証することができず、対象者の側で抗弁することができません。また対象者に説明することも困難です。医療観察法で進められる治療の枠組みにおいて、アセスメントが共通したやり方で進められ（一貫性が確保され）、どのようにして進められたのか明らかになる（透明性が確保される）ために作られたのが共通評価項目です。もちろん共通評価項目が最善のものであると言うつもりはありませんが、医療観察法の下での医療を進めるに当たって、構造化された共通の評価法で評価がされることで、一貫性と透明性が確保され、ひいては対象者の権利を守ることにつながると考えます。

④ 共通評価項目の特徴

ここで、共通評価項目の特徴について述べます。

・ 構造的臨床評価

先にリスクアセスメントのアプローチの型について a)専門的評価、b)保険数理的評価、c)構造的臨床評価の3つに分けて解説しましたが、共通評価項目は c)構造的臨床評価に該当します。即ち、評価すべき項目と手順が決まっており、一定の構造化がなされていますが、アセスメントの最終決定は項目の情報の組合せによって専門家が判断することになっています。

・ 多機関が「共通」して用いる

繰り返し述べているように、共通評価項目は多職種・多機関が「共通」して用います。多機関が共通して用いるため、日本全国どこでも医療観察法の対象者は同じ尺度で評価されることになり、地域間の格差の減少につながります。また入院中も外来通院時でも同じ尺度で評価するため、変化が追いやすくなります。

・ 多職種が「共通」して用いる

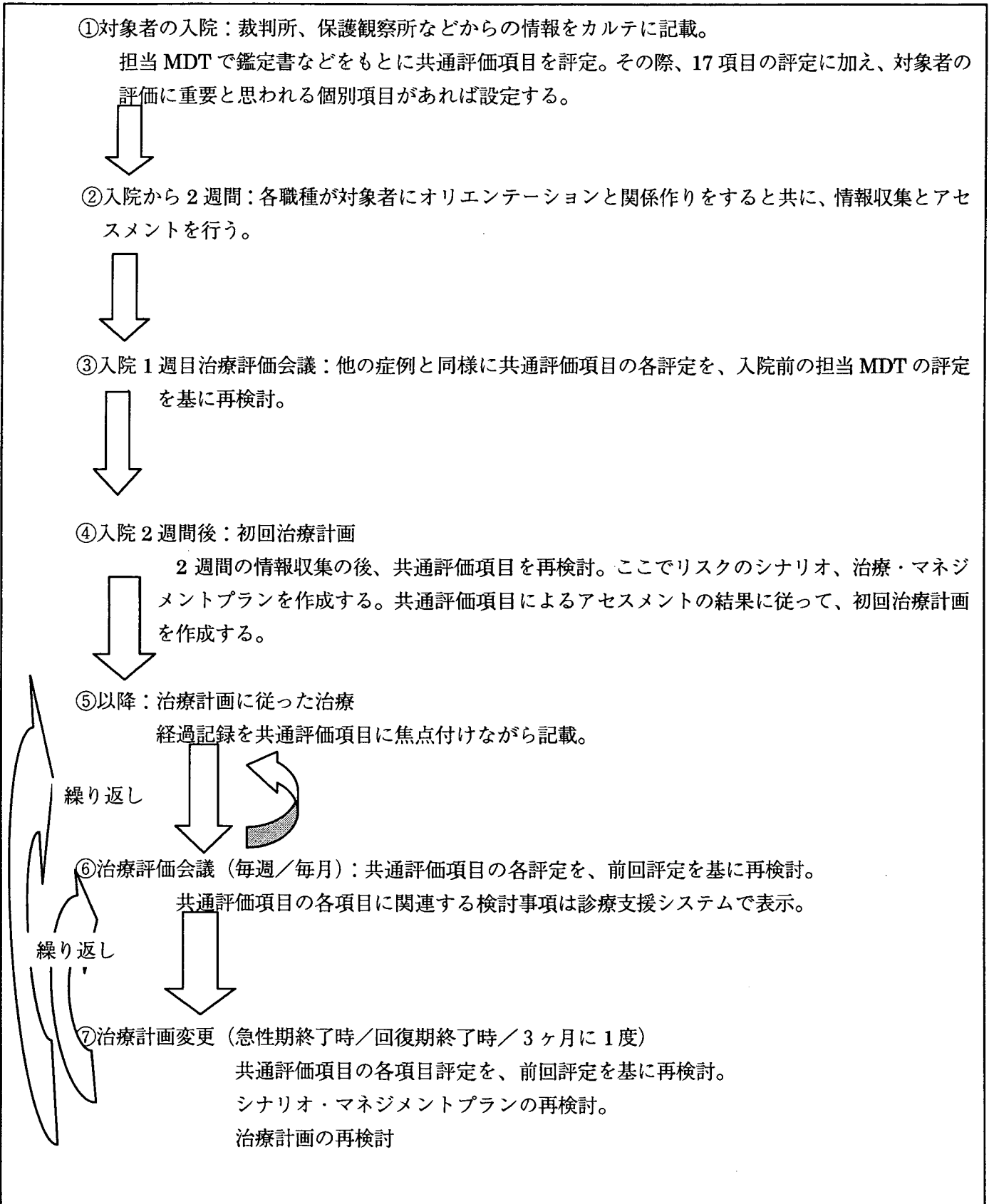
多職種が「共通」して用いるため、多職種の共通言語として、また共有する議論の焦点として用いられます。また多職種で共同して、ディスカッションして評価することで、チームディスカッションの焦点を絞って構造化することにつながります。ディスカッションの焦点となることは、即ち共通評価項目で評価されるポイントがアセスメントと治療の焦点にもなります。また、実際に多職種でディスカッションをして評点して見られると感じられると思いますが、専門性の異なる多職種が同じ言語、同じ焦点について議論すると、多職種の視点とアプローチの違いが鮮明になり、1人の対象者を多角的に捉えてアプローチすることにつながります。

2) 指定入院医療機関でのカンファレンスの流れ

配布資料ー「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」

このセッションでは、指定入院医療機関での入院治療におけるカンファレンスの展開の図に沿ってどのタイミングで共通評価項目がどのように用いられるか解説します。そのため、指定入院医療機関以外の機関で、共通評価項目の習得のみを目的とした研修会の場合はこのセッションは省略してください。

ここでは診療支援システムの使用を前提とした作業を示しますが、診療支援システムを使用しない場合でも、カンファレンスの時期とその際の共通評価項目の使用の仕方は変わりません。



配布資料 2 に沿って治療とカンファレンスの流れについて説明します。

①まず対象者の入院が決定しますと、事前に鑑定書や保護観察所による生活環境調査が届きます。それらの資料から入手できた情報により、暫定的な共通評価項目の評価を行います。

②入院後最初の 2 週間は各職種が対象者から情報収集を行い、アセスメントを進めます。

③入院後 1 週目であっても毎週行われる治療評価会議は行われ、入院基本情報管理シートを提出する前に治療評価会議シートを提出する必要に駆られます。そのため、入院後 1 週目、2 週目の治療評価会議では、入院前の事前情報で暫定的に評価した共通評価項目の評定を元にその時点の状態を検討します。

④入院 2 週間後に改めて共通評価項目の初期評定をします。このときは、後述のように対象行為の半年前から入院 2 週間後の現時点までにわたる期間を評定期間とします。17 項目の評定をした後、対象者に固有の個別項目があれば追加し、リスクのシナリオと治療・マネジメントプランを作成します。ここで作成した共通評価項目での治療・マネジメントプランに基づき、治療計画を作成します。共通評価項目では自傷他害のリスクをシナリオとして想定し、そのシナリオを防ぐための治療・マネジメントプランを作成しますが、それをチームの各職種の役割として書き直したものが治療計画になります。ただし、リスクのシナリオ、治療・マネジメントプランは退院後も見越した長期間を想定するのに対し、治療計画は次の治療計画更新日まで、即ち入院後初回の治療計画であれば急性期終了までを計画の想定期間とします。また共通評価項目で作成される治療・マネジメントプランがリスクを中心に作成されるのに対し、治療計画はリスクの防止プランだけにとどまらず、対象者に必要な治療、入院治療を進める治療の全てが記されます。また治療計画では治療課題、治療計画、その治療計画に責任を持つスタッフ（職種）が明記され、治療計画書に沿って治療が進められます。

⑤治療計画に従って治療を進めます。

⑥毎週、毎月行われる治療評価会議で共通評価項目の評定の見直しを行います。ここでは、毎週のできごとを振り返り、評定に変更があれば変更し、情報／判断材料／備考欄のテキストを修正する、という程度に留まります。

⑦急性期、回復期などの治療ステージが変更になるとき、また 3 ヶ月に 1 回の治療計画更新時には、共通評価項目の評点、シナリオ、治療・マネジメントプランを見直し、治療計画を見直します。

以降は⑤～⑦を退院まで繰り返します。

3) 項目の解説

配布資料ー「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」

このセッションでは配布資料を用い、共通評価項目の構造と各項目についての解説を行います。項目の解説では各項目のポイントを伝えますが、ここでの解説だけで全て理解することは困難で、実際に評点演習を行って初めて理解できたり、また疑問が生じてくることも多いです。このセッションでの解説はおおまかなものに留め、評点演習後の解説で徐々に理解を深めていくようにします。

配布資料3
共通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、また治療が始まった場合には多職種チームでの評価や、入院・通院・再入院・処遇の終了などの様々な局面で継続した評価を行うために、共通評価項目を設定する。この評価は疾病性や治療反応性を基礎とし、リスクアセスメントとそのマネジメントに注目して作成される。

共通評価項目は以下の17項目と個別項目とする。

共通評価項目

「精神医学的要素」

- 1) 精神病症状
- 2) 非精神病性症状
- 3) 自殺企図

「個人心理的要素」

- 4) 内省・洞察
- 5) 生活能力
- 6) 衝動コントロール

「対人関係的要素」

- 7) 共感性
- 8) 非社会性
- 9) 対人暴力

「環境的要素」

- 10) 個人的支援
- 11) コミュニティ要因
- 12) ストレス
- 13) 物質乱用
- 14) 現実的計画

「治療的要素」

- 15) コンプライアンス
- 16) 治療効果
- 17) 治療・ケアの継続性

評価項目の使用法

1. データベース項目とは異なり、本評価項目は、治療導入前から治療中、退院後のフォローアップを通じて定期的に評価し続けるものである。そのため、項目は全て可変(dynamic)なものとする。
2. 評価期間は、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。ただし入院後の初回評価（入院後3週目）に関しては、長期的なマネジメントが重要となるため、対象行為の半年前から入院観察期間中を含んだ評価とする。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、精神病性症状、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、自殺企図、対人暴力を合わせた計4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。鑑定時の評価についても入院後初回初期評価と同様で、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。
3. 評価項目を可変なものとするため、項目は主として現在の状態の評価となる。しかし将来のマネジメントプランを検討するため、マネジメントにつながる、近未来についての評価項目を含んだ。
4. 本評価は処遇の変化の判断にも用いられる。ただし、リスクアセスメントには、本評価と併せ、過去の(不変の)要因も考慮に入れるべきである。

各項目についての解説とアンカーポイント

「精神医学的要素」

1. 精神病症状

解説

医療観察法の対象者は心神喪失または心神耗弱が前提となっているため、その多くに精神病症状の既往があると考えられる。統合失調症と暴力との関連については議論が分かれており、統合失調症が暴力のリスクファクターとなるという研究と、反対に精神病性障害とコントロール群との犯罪率が変わらないという研究、一度犯罪を起こした者の中では統合失調症は再犯リスクを下げるという研究がある(安藤,2003)。また症状では幻覚や妄想と暴力の関係を示す研究がある。特に命令性幻聴が暴力のリスクを増すとの報告がある。また Link & Stueve (1994) によると、脅かされる感じと自分をコントロールできないという感じにつながる精神病症状は地域での暴力を予測する。共通評価項目では症状の有無を検討すると同時に、症状と対象行為の関係も評価したい。

評価基準

現在の精神科症状の広がりや重篤度を評価する。この項目は主として知覚、思考を評価する。下記項目がチェックされ、それぞれの項目を0(=なし)、1、2の3段階で評価し、最も高得点を示した項目の点数がコードされる。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。

- 1) 通常でない思考内容：普通でない、怪奇な、あるいは奇妙な考えを表明する。重要でないことに強度にこだわる。明らかに異質のものを、同質とみなす。これはおろかさや悪ふざけによるものを含まない。(BPRS15. 思考内容の異常に準ずる：通常では見られない、奇妙、奇怪な思考内容、すなわち

思考狭窄、風変わりな確信や理論、妄想性の曲解、すべての妄想。この項では内容の非通常性についてのみ評価し、思考過程の解体の程度は評価しない。本面接中の非指示的部分および指示的部分で得られた通常では見られないような思考内容は、たとえ他の項（例、心氣的訴え、罪責感、誇大性、疑惑等）ですでに評価されていてもここで再び評価する。またここでは病的嫉妬、妊娠妄想、性的妄想、空想的妄想、破局妄想、影響妄想、思考吹入等の内容も評価する。特定の対象への被害感、暴力的空想は特に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、衝奇性、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. 衝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、超自然的な能力、使命についての妄想的確信。)

評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題点あり

総合評価は下位評価の最も高い点数が採用される。

一過性の場合は最後に観察された日付（ ）

2. 非精神病性症状

解説

抑うつ状態での拡大自殺による他害行為も医療観察法の対象として想定されるものの1つである。また躁状態、易刺激的な状態での他害行為も想定される。責任能力とは直接関係ないが怒りは暴力の強い

リスクファクターで、特に抑うつ診断があるときにはその傾向が強い (Hodgings,1999)。怒りと暴力は異なる水準のものであるが、感情としての怒りから暴力行為に至らないためのコントロール能力は他害行為の防止要因となり、アンガーマネジメントなどによって怒りのコントロール能力を高めることで暴力リスクを低下させることができよう。

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。知的障害に伴う認知の障害はこの項目で評価される。下記項目がチェックされ、それぞれの項目を0 (=なし), 1, 2の3段階で評価し、最も高得点を示した項目の点数がコードされる。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。

- 1) 興奮、躁状態：気分高揚、易刺激性、多動。(BPRS17. 高揚気分に至る：健康感の増大から、多幸症と軽躁、更には躁状態と恍惚状態まで。1=過度に楽天的。多弁。目的ある活動が増加。2=調子が高い、興奮している、いつも幸福だ、自分は強いなどと感じる。落ち着かない。イライラ。言語促進。転導性亢進。多動だが目的ある活動が障害される。)
- 2) 不安・緊張：ちょっとした問題に対しても過度の恐れや心配を表す。あるいは緊張する。(BPRS2. 不安に至る：心配、過度の懸念、不安、恐怖といった主観的体験。1=軽度で一過性のイライラ、緊張、些細な事柄への過度の懸念もしくは特定の状況に関連した軽度の不安。2=たいていの間出現するイライラ感、緊張、不安感、動揺、もしくは特定の状況に関連した急性の不安発作。)
- 3) 怒り：不適切にかんしゃくを起こす。怒りの表現が軽度で、単発的な場合は無視してよい。(BPRS10. 敵意に至る：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至る：感情緊張の低下もしくは不適切、ならびに正常の感受性や興味、関心の明らかな欠如。無関心、無欲症。表現された感情がその状況や思考内容に対して不適切。観察にもとづく評価。1=感情反応が稀で固い。もしくは時に文脈から外れたものである。2=無欲と引きこもり。自分の置かれている状況に無関心。妄想や幻覚が情動的色付けを欠く。不適切な情動。)
- 5) 抑うつ：悲哀感の表明。楽しみの喪失。これはほとんどの日常活動に染み込んでいる。(BPRS9. 抑うつ気分に至る：悲哀、絶望、無力、悲観といった感情を訴える。重症度を評価する際には被験者の表情や泣く様子を考慮に入れる。1=気力喪失の訴え。沈んでいる。くよくよする。悲しい。2=抑うつの身体的徴候(通常はいくらかの制止もしくは激越を示す)。絶望感、希望喪失。抑うつ的内容が前景。)
- 6) 罪悪感：過去の行為や自分ではどうしようもないことに対する過度の自責、羞恥、後悔。(BPRS5. 罪業感に至る：過去の行為についての呵責、自責、自己批難。罰を受けて当然だと思ふ。1=過去の行為についての過度の後悔。些細なことについての自責傾向。2=うまくゆかないことすべてについての自己卑下と自己批難を示す広範囲にわたる罪業感。)
- 7) 解離および心因性の意識障害：ICD-10における解離性障害の診断基準を満たす。もしくは拘禁反応や心因性もうろう状態などの意識障害が存在する。なお離人症状および意識障害をともなう情動反応および寝ぼけ状態などもこの項目に含める。統合失調感情障害あるいは急性一過性精神病に伴う意識障害もこの項目に含める。1=解離性障害の疑い。一過性の解離状態および心因性の意識障害の疑いを含む。2=解離性障害の診断基準を満たす。もしくは離人症状あるいは心因性の意識障害が認められる。
- 8) 知的障害：知的障害に由来する認知の障害。1=知的障害の疑いもしくは境界域の知能水準。2=軽

度以上の知的障害。

9) 意識障害：身体疾患に由来するせん妄や離脱せん妄やてんかん発作あるいは発作後のもうろう状態など器質性の意識障害。1 = 意識障害の疑い。2 = あきらかな意識障害あり。

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。

一過性の場合は最後に観察された日付（ ）

3. 自殺企図

解説

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

評価基準

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

評価：0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らかな問題点あり

最後に観察された日付（ ）

「個人心理的要素」

4. 内省・洞察

解説

内省には病識と対象行為（他害行為）の振り返りが含まれるが、それに加えて疾患と他害行為のつながりへの理解が含まれる。複合的な構成要素になるが、病識と他害行為への振り返りを別項目とすると、疾患と他害行為のつながりを評価することができなくなるため、3者の全てを包含した単一項目とする。内省は自分のプロセスに対する理解であり、あるかないかの二分法で捉えきれない。統合失調症などの精神障害があるからといって内省が全く欠如していると考えるべきではなく、対象者自身がどのように理解をしているかが問われる。内省は再発の防止要因となる肯定的な要素であり、対象者の治療への動機付けと治療継続に関わる。

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 (=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。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

5. 生活能力

解説

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

評定基準

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

- 1) 生活リズム：昼夜逆転、睡眠と覚醒の時間が定まらない。
- 2) 整容と衛生を保てない：顔を洗わない、あるいはめったに洗わない。衣服が汚いあるいはぼろぼろ。外見が汚い、あるいはくさい。
- 3) 金銭管理の問題：金銭のやりくりができない。しばしば金銭の貸し借りをする。消費者金融から安易に借金をする。不要なものを安易に買ってしまう。
- 4) 家事や料理をしない：寝る場所が散らかっている。台所や共用場所を散らかったままにする。自分で片付けない。掃除、洗濯やゴミの分別が出来ない。
- 5) 安全管理：火の始末、貴重品や持ち物の管理などができない。戸締りが出来ない。
- 6) 社会資源の利用：交通機関など公共機関を適切に利用できない。必要な物品の入手が出来ない。
- 7) コミュニケーション技能：電話や手紙が利用できない。困難な状況で助けを求めることが出来ない。
- 8) 社会的引きこもり：故意に他人との接触を避ける。グループ活動に入らない。
- 9) 孤立：ほとんど友達がいない。集団の中においても他者との交流が乏しい。
- 10) 活動性の低さ：まったく活動をしない。多くの時間を寝ているか横たわって過ごす。
- 11) 生産的活動・役割がない：就労、主婦、学生、ボランティア、デイケアや作業所の通所、地域活動などへの参加がない。
- 12) 過度の依存性：すがり付いて離れない、他者の時間を独占する。簡単なことでさえどうするか言われなければならない。
- 13) 余暇を有効に過ごせない：時間の使い方が分からずに苦痛を感じる。何も楽しみがない。
- 14) 施設に過剰適応する：病院に居続けたがっている。退院や社会にかかわるのを心配している。

評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題点あり

6. 衝動コントロール

解説

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

評価基準

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、2. 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、先のことと考えられない。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

「対人関係的要素」

7. 共感性

解説

共感性の問題はサイコパシーを特徴づける重要な特徴の1つでもあり、他者への共感性の欠如は自分の行為が相手へ及ぼす感情の理解のできなさに通じ、罪責感形成を困難にする。反対に高い共感性は他害行為の抑止力となる。

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を評価する。他者の感情を理解することができず、自分の行為が相手にどのような影響を及ぼすか理解できない。(例として広汎性

発達障害に見られるような「こころの理論」の問題)あるいは他者の感情や他者への影響を知的に理解することはできても、抽象的で理論的にしか理論せず、他者を一切配慮しない。他者を自分の利益を満たすための道具としてとらえ、何の躊躇も罪悪感もなく、無責任や冷淡で他者を傷つけたり、他者を操作的に扱う。自分の行動によって他人が被害をこうむったことに対しての「あいつは運が悪かったんだ」「自分の知ったことではない」「(被害者がどう感じたか)自分じゃないから分かりません」などの言葉、操作的で搾取的な対人関係、人や動物の虐待などの行動が評価される。日常的な対人行動において常に他害的な意図や問題が認められる一群の人格障害や明らかな広汎性発達障害及び重篤な陰性症状として情動平板化した統合失調症の場合を2とし、他者の気持ちに対して一定の理解が出来る場合を1以下の評点とする。

評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題点あり

8. 非社会性

解説

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

評価基準

この項目は基本的な対人、対社会的な患者の姿勢を評価する。非(反)社会性人格障害の評価とは密接に関連しているが、ここでは治療やケアによって可変的な要因とみなされる非社会的態度や向犯罪的思考や対人関係での問題を評価する。ただし下記項目に当てはまる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、通常的生活上の行動パターンを評価する。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下記行動や態度をもとに非社会的と評価する。

行動面では以下のような項目がチェックされ、評価の参考とされる。

下記項目があれば2点と評価される。

- 1) 侮辱的な、からかうような、嫌がらせのようなことを言う：これははにかみからくる銜いを超えた程度でなければならない。また単発的なことであってはならない。
- 2) 社会的規範、規則、責務を蔑視する態度：市民社会、仕事や学校や家族といった、社会的規範に従った(非犯罪的な)人や活動や場の有効性や価値を、支持しない、あるいは拒否し否定する。これらはこうした人や活動や場にたいする明らかな侮蔑や常時シニカルな態度をとることで示される
- 3) 犯罪志向的な態度：一般的に犯罪への同一化で示される。例えば、犯罪を是認し、警察を認めない。
- 4) 特定の人を害するようにふるまう、特定のタイプの被害者に固執する：たとえば女性スタッフに暴虐になる傾向。子供や女性や当該犯行の被害者と似たタイプの人に固執(見たり話したり)する。
- 5) 他者を脅す。
下記項目があれば1点以上の評価となる。頻度、程度が甚だしければ2点とする。
- 6) だます、嘘を言う。
- 7) 故意に器物を破損する。
- 8) 犯罪にかかわる交友関係：しばしばトラブルを起こしたり犯罪行為をしていることが疑われるものつきあう。
- 9) 性的な逸脱行動：不適切に触る、さらす、話す、盗む、覗く。サディズム、小児性

愛など。

10) 放火の兆し：これは行動と言葉を含む。ほんのわずかな証拠も含む。

評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題点あり

9. 対人暴力

解説

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

評価基準

経過中に観察された直接的な対人的暴力を評価する。軽度の暴力であっても一度でも行動に至れば1点以上の評価がなされ、即座にその状況や対象者の要因が評価され、対応が検討されるべきである。

ここで暴力とは他者を実際に傷つける、傷つけようとする、傷つけようとする脅しを含み、脅しの場合は「殺してやる」などのように明確である場合に限る。またストーキングのように恐怖を引き起こす行為も暴力に含む。強制わいせつ、強姦など全ての性的暴行も暴力に含む。

評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題点あり

最後に観察された日付（ ）

「環境的要素」

10. 個人的支援

解説

この場合の個人的な支援は家族や近親者、友人などの公的でない関係者による援助をさす。家族による支援は対象者の安定や安心を得るのに大いに役立つし、公的支援で細やかな援助を構成するのは不十分である。対象者の個別の人間関係に即した個人的支援の有無を評価し、その家族等関係者への働きかけ、その関係者への支援の体制を検討する。家族への支援、介入、指導などを評価する項目でもあり、また公的な支援をどの程度補うべきかの指標でもある。

評価基準

この項目は家族や友人などの個人的な支援について、サポートの有無および支援的であるかどうかの両面から評価する。

援助的なサポートが存在する場合には0点、サポートの存在や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。この項目では個人的支援があり、全体として対象者にとって害より益のほうが多いと考えられるときには0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

11. コミュニティ要因

解説

この項目は個人的支援を除いた対象者の環境について評価する。環境的には人的かかわりも含まれる。

対象者の環境には対象者を不安定にする要因、および対象者の安定につながる要因の両者が考えられる。地域で対象者が生活するときの環境を想定し、対象者が地域で生活している間は実際の生活を評価、入院中であれば退院後に予想される環境について評価する。

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に、金銭の浪費に誘惑が多い環境などが評価される。一方、この項目はまたコミュニティ要因が生活に健康な構造を与えられるような安定化への促進因子も評価の対象となる。例として断酒会とのつながりや地域の保健師との連携などが含まれる。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ト的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

12. ストレス

解説

ストレスは対象者のストレス特異性、耐性、対応能力によって、どんなストレッサーがどの程度のストレスを引き起こすか異なってくる。対象者のストレス耐性を評価するとともに、ストレスの受けやすさも大きな要因である。対象者が自分のストレス耐性を把握し、回避などの行動を取れるのか、逆に自らストレッサーに近づくような行動をとるのか。ストレスが高いときには病状も悪化しやすく、また他害行為も生じやすいため、対象者がどのようなものをストレスと感じるか評価することから介入計画の策定へとつなげる。

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、家族との葛藤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、2点の評点になる。反対に大きなストレッサーがなくとも、ストレス脆弱性が明らかで、日常的なストレッサーで対処できなくなる場合も、対象者は強いストレスを体験するため2点の評点になる。大きなストレッサーの存在、およびストレス脆弱性のどちらも認められないときに0点の評点となり、大きなストレッサーの存在、あるいはストレス脆弱性が疑われたときに1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

13. 物質乱用

解説

物質乱用は暴力のリスクファクターとしては大きなものであり、統計的には精神病性症状よりもはるかに暴力のリスクを高める。山上ら（1995）による追跡調査でもアルコール・薬物乱用者の再犯率は抜

きん出て高い。また精神疾患との重複診断があるときに暴力リスクを高める要因でもあり、統合失調症においても気分障害においても、物質乱用と重複することで暴力犯罪のリスクが高まる (Hodgins, 1999)。

物質乱用のある場合、他害行為は乱用時にも起こりうるが、使用していなくとも薬物やそのための金銭の入手のために他害行為が行われる場合がある。

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

1 4. 現実的計画

解説

特に対象者の社会復帰に当たっては、現実的なフォローアッププランが存在し、対象者がそれを受け入れることが不可欠である。地域での生活を維持していくために方針が定まらず、フォローアップの体制が整っていなければリスクは高くなり、逆に対象者の再発やそれに伴う行為のリスクを低減させる現実的なプランが整えられ、かつ合意され遂行されることで対象者の地域での生活が保たれるであろう。また、いかに優れたプランがスタッフによって作られても、対象者の合意がなければプランの遂行ができず、プランは破綻する。そのため対象者の同意が含まれることも重要な要因である。

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。

鑑定など治療の始まっていない段階では、対象者本人の計画を尋ね、その実現可能性を判断して、以下のような項目を評価する。

- 1) 退院後の治療プランについて対象者から十分に同意を得ているか、そして必要なときに変更できるかについても同意されているかどうか
- 2) 日中の活動、過ごし方（仕事、娯楽など）について計画され、対象者自身がそのことを望んでいるかどうか
- 3) 住居について確保され、対象者が生活する場となりうるかどうか（かかわりをもつ可能性のある人物の質も評価する）
- 4) 生活費などの経済的問題がないかどうか