

した。収集した情報から個人識別情報を削除し、診療における ID 番号とは異なる通し番号を新たに振り与えた。本研究で得られた情報および文書類はすべて分担研究者のもとに集め、医療観察法病棟内に保管した。研究終了後、最低 5 年間の保存期間を設け、保存期間終了時に保存の必要がないと判断された場合にはシュレッダーにかけ破棄することとした。

解析対象となるデータは、研究協力者が新たに作成したデータベースに入力し電子情報として保管した。電子情報の入力、解析は医療観察法病棟の執務室内で外部と切り離されたコンピューターにおいて行い、その際アクセス権を厳重に管理した。

4. 統計学的解析

本研究の最終年度には、「入院期間および転帰」「退院後の予後」を従属変数として、「社会学的特性、精神科的診断・既往歴、標準化された各種の評価尺度、退院時における HCR-20 得点」の各項目を独立変数として、両者の関係を統計学的に検討する予定である。

なお、統計学的解析には、SPSS 13.0J を用いて $p < 0.05$ を統計学的に有意とする。対象者の入院期間の推計には、Kaplan-Meier 法を用い、また入院期間に影響を与える入院対象者の特性の解析には Cox 回帰分析を用いる。

5. 倫理面への配慮

本研究を実施するに先立って、国立精神・神経センター病院の倫理委員会に申請し承認を求めた。平成 20 年 6 月 14 日、倫理委員会による審査の結果、退院後の予後調査を行うのに際して、研究対象者から研究に関する同意を取得することが条件付けられた。平成 20 年 10 月 14 日、倫理委員会

に申請書を再提出し、以下の方法で、対象者から同意取得をすることとし退院後の予後調査を開始した。

① 入院対象者については、病棟担当医より文書および口頭で説明を行い、文書にて同意を得ることとした。

② 退院対象者については、入院中に担当していた精神保健福祉士から対象者に直接電話連絡し説明ののち、口頭での同意を得た上で、同意書を郵送し、署名後返送してもらうこととした。

社会学的特性、精神科診断・既往歴などの情報は鑑定書、生活環境調査報告書、診療録をもとに後方視的に調査・集計することから、新たに対象者への侵襲は発生しない。また、個人を特定する情報はあらかじめ調査項目から除いている。また、各心理評価尺度は日常診療においてすでに実施されているものである。そのため、文部科学省および厚生労働省から提出された「疫学研究に関する倫理指針」によれば観察研究にあたり、研究対象者からの同意取得は不要と考えられた。

C. 研究結果

研究初年度である本年度は、以下の 4 項目について調査を行った。

- 1) 社会学的特性、精神科診断・既往歴、各種の評価尺度
- 2) 退院時 HCR-20 得点
- 3) 入院期間および転帰
- 4) 退院後の予後

○収集情報のデータベース化

本年度は、上記 1)~4)に関する調査結果を蓄積するための手順を整備し、同時にデータベースを作成した。表 1-1 は、データベースの入力項目である。「入院患者情報」「評価尺度」「臨床的特徴」の大きく 3 つの領域に分けられ

ている。

「評価尺度」では、10 の評価尺度の評点およびHCR-20得点を入力する。医療観察法病棟では、すでにその信頼性と妥当性が確認され臨床応用されている10 の評価尺度を日常診療で実施してきた。しかし、臨床診療の多忙さもあり、未実施となることも多かった。このため研究コーディネーターを雇用し、多職種チームの各担当者に定期的に評価尺度の用紙を配布・回収・入力し、欠損データが生じないようにシステム化した。今後は継続的に、入院時、3ヶ月後、6ヵ月後、12ヵ月後、18ヵ月後、退院時に評価を実施することとした。

1) 社会学的特性、精神科診断・既往歴

本年度の研究調査期間中に研究対象施設に入院した対象者数は表2-1に示したとおり、男性74名(38.9±13.2歳)、女性12名(35.1±7.7歳)、計86名であった。また、精神科診断内訳を表2-2に示したが、F2:71名(82.6%)と最も多く、統合失調症が80%以上を占めていた。

対象者(n=86)の社会学的特性、精神科既往歴を表2-3に示した。対象行為時に同居していた者は62名(72.0%)、単身の者は24名(28.0%)であった。同居者としては、家族(3親等以内の親類、内縁を含む)が最も多く55名(64.0%)であった。また、入院・入所中の者も6名(7.0%)に認められた。

過去に精神科治療歴を有する者は68名(79.1%)、入院歴のある者は47名(54.7%)であった。また、措置入院の経験のある者は19名(22.1%)であった。図1に最終受診日から対象行為に至るまでの日数(治療中断期間)と対象行為の累積発生率を示した。なお、最終受診月のみがわかった者については同月15日を便宜上最終受診日とした。最終受診日のわかった者63名(男性

53名、女性10名、平均年齢38.0±13.1歳)を対象とした。そのうち48名(76.2%)の対象者が、医療機関を最後に受診した日から6ヶ月以内に対象行為に至っていた(表2-4)。

2) HCR-20得点

本研究の対象者のうち退院時にHCR-20が施行されていた対象者は47名(男性41名、女性8名、平均年齢37.0±11.1歳)であった。HCR-20得点の一覧を表3-1に示した。

Historical項目のうち平均点数の高かったものは、順に過去の暴力(H1)、主要精神疾患(H6)、雇用問題(H4)、関係の不安定性(H3)であった。一方、人格障害(H9)や過去の監督(H10)などは比較的点数が低かった。Clinical項目では、衝動性(C4)が最も高く、否定的な態度(C2)が最も低かった。Risk management項目では、ストレス(R5)が高く、治療的試みに対する遵守性の欠如(R4)が最も低いという結果であった。

Historical(H)、Clinical(C)、Risk management(R)領域における合計得点はすべて正規分布を示しており、平均得点計算してみると、それぞれ9.8±3.7、3.4±2.5、5.3±2.6であった(表3-2)。また、各領域間の相関を見ると、H領域-C領域、H領域-R領域、C領域-R領域、それぞれの相関係数は0.343、0.522、0.676であり、統計学的に有意な正の相関を示した(表3-3)。

HCR-20の結果では、H、C、Rの各領域間に正の相関が認められ、静的因子とされるH項目の点数の高い対象者は現在と未来における動的因子と言われるC、R項目も高いという関係が認められた。

3) 入院期間および転帰

Kaplan-Meier法により推計された医療観察法病棟入院期間(日数)は、中央値604日(95%信頼区間479-729日)であった。

社会学的背景および精神科既往歴と指定入院医療機関の入院期間との関係を検討するため、指定入院医療機関の推定入院期間を従属変数として、社会学的特性のうち性別、年齢、同居者数、教育歴、精神科既往歴(受診歴)、措置入院歴、指定入院医療機関からの転入院を独立変数として、Cox 回帰分析を行った。表 4-1 に示したように、過去の措置入院の回数が増加すると推定入院期間は統計学的に有意に長くなった(回帰係数 0.41、リスク比 1.51、 $p < 0.05$)。

4) 退院後の予後

退院後の予後調査に関しては、倫理会議の決定を踏まえ、対象者からの研究参加の同意取得を進めた。

なお、平成 21 年 1 月 26 日現在において同意取得できた者は、30 名(入院対象者: 21 名、退院対象者: 9 名)であった。今後、さらに同意取得者を増やし、退院後の追跡調査を進める予定である。

D. 考察

1. 社会学的特性、精神科診断・既往歴

本調査では、対象者全体の約 8 割に精神科治療歴が認められた。また、半数以上の対象者に精神保健福祉法による精神科入院歴が認められた。過去に精神科治療歴のある対象者の 75%は、医療機関の最終受診日から 6 ヶ月以内という比較的短期間の間に対象行為に至っていた。つまり、対象者の多くは精神科医療に一度は導入されたものの、その継続ができず、対象行為を起こすに至ったと考えられた。したがって、医療観察法による医療では、疾病教育や服薬心理教育によるアドヒランスの改善、ケア・マネジメントの導入による治療継続、医療中断時の早期介入が重要であろう。

医療観察法は対象行為を行った者のみを対象としたアフタ・ケアであり、医療観察

法対象者の発生率そのものを低下させるには精神保健福祉法による精神医療全般の底上げこそが重要であろう。本研究の結果からすると、その際には、医療継続性に焦点を絞って集中的に医療資源を投入することが効率的であろう。医療観察法で行われている疾病教育や服薬心理教育、ケア・マネジメント、危機予防や危機の早期介入の手法を簡易にして精神医療全般に普及させることは、医療の継続や中断時の介入として極めて有効であろう。

2. HCR-20 得点

HCR-20 コンパニオン・ガイドによれば、H 領域(10 項目)は「静的あるいは安定した性質を持っており、その人の心理社会的適応や暴力の既往が反映される」とされている。また C 領域(5 項目)は、「その人の現在あるいは最近の機能を観察した結果が反映」され、R 領域(施設内、施設外それぞれ 5 項目、今回は退院時評価のため施設外 5 項目のみを評価した)は「その人の施設や地域社会での適応についての計画の妥当性に関する評価者の意見が反映される」とされる^{1,2)}。

本研究の結果では、対象者の多くが治療中断から間もない時期に対象行為に至っていた。また、HCR-20 得点では、退院時の対象者の C, R 領域では、それぞれ「衝動性(C4)」と「ストレス(R5)」が最も高く、「否定的な態度(C2)」と「治療的試みに対する遵守性の欠如(R4)」が最も低いという結果であった。

つまり、今回の入院治療をとおして多職種チームとの信頼関係を形成し、疾病教育や服薬心理教育などの治療プログラムによって病識を得し服薬の必要性の理解も進み、退院後の医療継続が期待されると予想された。しかし、衝動性(C4)およびストレス(R5)

は退院時においても高い傾向があり、怒りの対処(Anger Management)、ストレスコーピングに関する治療プログラムの改善や導入を今後さらに進める必要があると考えられた。

今年度の研究では、対象者数が47名と少数であったことから、統計学的解析を行うことは困難であった。次年度以降、対象数を増やしHCR-20得点と退院後の予後との関係を明らかにする予定である。

3. 入院期間および転帰

表4-1に示したように、過去の措置入院の回数と推定入院期間との間には統計学的に有意な関係が認められた($p < 0.05$)。措置入院の既往歴を持つ対象者は、そうでない対象者よりも入院期間が長期化するという結果である。これには様々な機序が推定されるが、今回の調査結果からだけでは不明である。実際の入院医療においては、措置入院の既往歴は入院期間を延長させる因子であることを認識し、かつて措置入院に至った経緯を個別に評価し、治療に反映していくことが必要である。

4. 退院後の予後

山上らは、統合失調症による重大犯罪320例を調査し、旧来の制度下では元来犯罪傾向を有する事例に再犯を予防するための十分な医療が行なわれていないことを示唆した^{3,4)}。また、医療観察法成立前の触法精神障害者の予後研究として、吉川らは、殺人、放火、傷害、強姦・強制わいせつ、強盗の重大な他害行為を行なった精神障害者の処遇と再犯に関する11年間の追跡調査を行った⁵⁾。その結果、吉川らは、統合失調症や精神遅滞の患者では、治療困難で入院が長期化する傾向があり、同様の行為の再犯率が5%程度であること、物質関連障

害の患者は比較的早期に精神病院から退院するものの、同様の行為の再犯率が10~20%と統合失調症や精神遅滞の患者と比べ相対的に高いこと、気分障害の患者では同様の行為の再発については他の疾患に比べると比較的予後は良好との結果を報告している。

一方、司法精神医療の先進国である英国の処遇システムを見ると、触法精神障害者の入院治療施設としてHigh Security HospitalとMedium Secure Unitがあり、それが数千の病床を持つ一方で、一般の精神科病床は25,000~30,000床程度で足りるという状況がある。Coid, JらはMedium Secure Unitから退院した触法精神障害者を6.2年間追跡調査し、再犯、再入院について司法精神医療と一般精神医療とを比較した⁶⁾。そこでは再犯率、再入院率に有意差が認められず、どちらの医療によるアフターケアが望ましいかを示す結論には至らなかった。また再犯の予測因子として、男性、若年者、初犯年齢が若いこと、パーソナリティ障害の合併を見出した。また、米国の司法精神医療システムをみると、近年多くのコミュニティでメンタルヘルスコート(触法精神障害者に対して、有罪判決前に裁判所が治療命令を出す制度)が急速に普及している。McNiel, DEらは触法精神障害者の再犯率について、サンフランシスコのメンタルヘルスコート下での医療を受けた患者群と刑務所に入った患者群とを比較した研究を報告した⁷⁾。その結果では、メンタルヘルスコートでの専門的司法医療サービスを受けた患者群の方が、その後の再犯率が有意に低かった。

わが国の医療観察法病棟はイギリスのRegional Secure Unitをモデルに開設された。アメニティとセキュリティが両立した治療環境で、多職種チームによる個別性の

高い治療プログラムが実施されており、これまでにない人的および物的医療資源を集中的に投入することによって到達できる医療に期待が集まっている。そのひとつとして、医療観察法病棟を退院した対象者の予後が注目されている。また、精神保健福祉法による措置入院よりも適切かつ円滑な社会復帰が期待されている。

以上のとおり、欧米諸国においては司法精神医療の予後調査が活発に行われており、触法精神障害者の精神医療に活かされている。我が国においては、医療観察法施行以前の予後調査は行われているが、医療観察法施行後の予後調査は行われていない。このような現状を考えると、今後、医療観察法入院処遇を受けた対象者の予後を前方視的に調査し、その予後に影響を与える因子を明らかにすることは極めて大きい意義があると考えられた。

指定入院医療機関における医療を評価する場合、「入院処遇中の効果指標」と「退院後の効果指標」の組み合わせによって評価する必要がある。一般的には、入院期間と退院後の重大な他害行為の発生率との間には負の相関があることが知られている。入院期間が短すぎ適切な医療が提供されないと退院後の重大な他害行為の発生率が上昇するのである。その一方で、入院期間が長期化するにつれ、現実検討力、対人能力、日常生活能力、社会生活能力が低下し、社会復帰は阻害される。つまり、入院処遇中の効果指標と退院後の効果指標の両面から、指定入院医療機関による医療の効果を判定するべきである。両者のバランスが重要である。したがって、本研究において、入院処遇中の効果指標、退院後の効果指標として、それぞれ入院期間(日数)および転帰、退院後の予後を設定したことは、再び同様の行為を行うことなく社会復帰を促進することを目的とした本法の目的にかなったものと言える。

実際の医療では、このような効果指標と関連する臨床的因子を明らかにし、直接、働きかけていく必要がある。そのために本研究では、対象者の社会学的特性、精神科診断・既往歴、臨床的に関連が示唆される調査項目を設定し情報収集を行うことにしたのである。また、暴力について構造化された国際的リスクアセスメントツールである HCR-20 により評価を行うことで、どの項目が退院後の予後指標となりうるかを検討することができると考えられた。

ただし、HCR-20 の日本語版については、未だ信頼性と妥当性が確認されておらず、今後、臨床現場への普及や海外のデータとの比較を進めるためにも、その標準化が待たれるところである。

本調査の時点では、HCR-20 による評価を実施した対象者は 47 名と少なく、また、評価は退院時のみの横断的評価であり、統計学的検討には限界があった。今後、研究対象者を増やし、HCR-20 得点と退院後の予後との関係を明らかにする予定である。

E. 健康危険情報

なし

F. 知的財産権の出願・登録状況

なし

G. 謝辞

本報告にあたり、繁忙な病棟での業務の中協力をいただいた国立精神・神経センター病院医療観察法病棟スタッフの方々に感謝いたします。

参考文献

- 1) 吉川和男監訳. HCR-20 (ヒストリカル/クリニカル/リスク・マネジメント-20) - 暴力のリスク・アセスメント (第2版). 東京, 星和書店, 2007

-
- 2) 吉川和男監訳. HCR - 20 コンパニオン・ガイド (ヒストリカル/クリニカル/リスク・マネージメント - 20) —暴力のリスク・マネージメント. 東京, 星和書店, 2007
 - 3) 山上皓. 精神鑑定をめぐる諸問題. 山上皓編: 精神鑑定. 精神医学レビューNo.19. ライフ・サイエンス, 5~13, 東京, 1996
 - 4) 山上皓. 触法精神障害者の法的処遇とその問題点. 精神科治療学 11: 1037~1044, 1996
 - 5) 吉川和男, 山上皓. 医療観察法制度の意義と課題. 精神神経学雑誌 108 (5): 490-496, 2006
 - 6) Coid J, Hickey N, Kahtan N, Zhang T, Yang M. Patients discharged from medium secure forensic psychiatry services: reconvictions and risk factors. Br J Psychiatry 190:223-9, 2007
 - 7) McNeil DE, Binder RL. Effectiveness of a mental health court in reducing criminal recidivism and violence. Am J Psychiatry 164(9): 1395-403, 2007

表1-1 データベース入力項目

入院患者情報	評価尺度	臨床的特徴
状況(在院、入院、退院)	精神症状	PANSS (Positive and Negative Symptom Scale)
入院日		DIEPSS (Drug-Induced Extrapyramidal Symptoms Scale)
入院の形態		BSI (Behavioural Status Index)
決定棄却での退院	病識と服薬	SUMD-J (the Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder Japanese Version)
対象行為発生地域		DAI 30 (Drug Attitude Inventory 30)
対象行為	対象行為	IES-R (Impact of Event Scale - Revised)
疾患(ICD-10)		OAS (Overt Aggression Scale)
入退院日	社会生活能力	REHAB (Rehabilitation Evaluation Hall and Baker)
各ステージ移行日	自己効力感	SECL (Self-Efficacy for Community Living)
退院先		最終受診日
退院後予後	総合評価	HCR-20 (Historical, Clinical, Risk Management-20)
		治療中断期間
		WAIS-III (WAIS-R)

表2-1 対象者の年齢・性別 n=86

		n	%
性別	男性 ¹⁾	74	86
	女性	12	14
		平均	標準偏差
年齢	男性	38.9	13.2
	女性	35.1	7.7

¹⁾ 転院後、再入院に伴う重複2名を含む

表2-2 精神科診断内訳 n=86

診断	主診断	併存診断
F0	1 (1.2%)	1 (1.2%)
F1	5 (5.8%)	8 (9.3%)
F2	71 (82.6%)	1 (1.2%)
F3	5 (5.8%)	0 (0.0%)
F4	2 (2.3%)	0 (0.0%)
F5	0 (0.0%)	0 (0.0%)
F6	1 (1.2%)	1 (1.2%)
F7	1 (1.2%)	6 (7.0%)
F8	0 (0.0%)	0 (0)
F9	0 (0.0%)	0 (0)

表2-3 対象者の社会学的背景および精神科既往歴 n=86

	あり		なし	
	n	%	n	%
同居者	62	72.0	24	28.0
家族 ¹⁾	55	64.0		
入院・入所	6	7.0		
その他 ²⁾	1	1.2		
婚姻歴	17	19.8	69	80.2
離婚歴	10	11.6	76	88.3
子供	12	14.0	74	86.0
受診歴	68	79.1	18	20.9
精神保健福祉法による入院歴	47	54.7	21	24.4
措置入院歴	19	22.1	28	32.6

1): 親戚、内縁関係含む

2): 自衛隊入隊

図1 対象行為の発生と治療中断期間

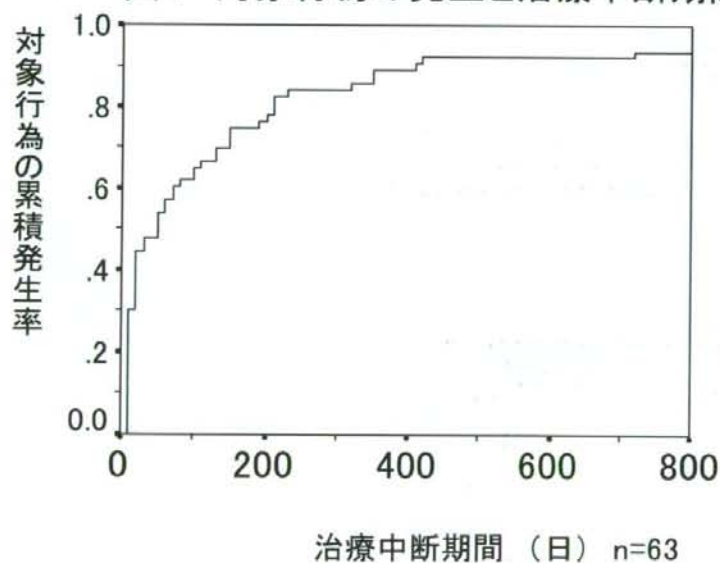


表2-4 最終受診日から対象行為までの期間

月数	n	累積率
<0.5	26	(41.3)
0.5-1	4	(47.6)
1~3	9	(61.9)
3~6	9	(76.2)
6~12	8	(88.9)
12<	7	(100.0)

n=63

表3-1 HCR-20得点の一覧表

n=47

	0	1	2	合計	平均
H1	0	0	47	94	2.0
H2	16	19	12	44	0.9
H3	17	2	28	58	1.2
H4	8	7	32	71	1.5
H5	28	4	15	34	0.7
H6	4	1	42	85	1.8
H7	47	0	0	0	0.0
H8	24	4	19	42	0.9
H9	35	5	7	19	0.4
H10	36	2	9	22	0.5
C1	15	17	15	47	1.0
C2	40	4	3	10	0.2
C3	29	7	11	29	0.6
C4	13	15	19	53	1.1
C5	33	8	6	22	0.5
R1	27	10	10	30	0.6
R2	11	7	29	65	1.4
R3	11	18	18	54	1.2
R4	26	13	8	29	0.6
R5	3	15	29	73	1.6

表3-2 HCR-20平均得点

n=47

	Historical項目	Clinical項目	Risk management (施)	合計
平均±SD	9.8±3.7	3.4±2.5	5.3±2.6	18.5±7.2

表3-3 HCR各領域の相関係数¹⁾ n=47

	C	R
H	0.343*	0.522**
C		0.676**

* p<0.05

** p<0.01

1): Pearsonの相関係数

表4-1 社会的背景および精神科既往歴と入院期間の相関

変数名	回帰係数	リスク比	(95%CI)	p値
性別	-0.68	0.51	(0.21 - 1.22)	0.130
年齢	-0.02	0.98	(0.95 - 1.02)	0.309
同居者	-0.32	0.73	(0.32 - 1.64)	0.442
教育歴	-0.03	0.97	(0.86 - 1.10)	0.626
受診歴	-0.64	0.53	(0.19 - 1.49)	0.228
措置入院	0.41	1.51	(1.06 - 2.15)	0.023
転入院 ¹⁾	-0.70	0.50	(0.20 - 1.20)	0.119

1): 指定入院医療機関からの転入院

6. 心神喪失者等医療観察法制度における社会復帰要因の評価手法に関する研究

分担研究者：岡田幸之

心神喪失者等医療観察法制度における社会復帰要因の評価手法に関する研究

分 担 研 究 者 岡 田 幸 之 国立精神・神経センター 精神保健研究所

研究要旨：本研究は、医療観察法のなかで処遇の判断をするうえで重視される要素とされている「疾病性」「治療反応性」「社会復帰要因」のうち、とくに社会復帰要因について整理し、評価する手法を策定することを目的としている。社会復帰要因の評価にあたっては、いわゆるリスクに注目するのではなく、リスクを低減させるもの、つまり有効で現実的な支援とはどのようなものであるかを検討することが不可欠である。そうすることによってはじめて、実際の治療や処遇の計画の設定ができるからである。このような視点から、治療計画により結びつけやすいと思われるアセスメントツールを模索し、多くのツールの中から、本研究ではスイスで開発され、現在欧州諸国で司法上の処遇決定のために試行されている FOTRES; Forensiches Operationalisiertes Therapie- & Risiko- Ecaluations-System (フォトレス; 治療とリスクの操作的司法評価システム) を取り上げることにした。FOTRES の開発者であるスイス・チューリヒ司法行政局のウルパニョク博士らの協力のもとで、日本での利用可能性をさぐることにした。本年度はその日本語版の策定をおこなった。

研究協力者（国内）：（五十音順）

安藤久美子（国立精神・神経センター精神保健研究所）

菊池安希子（国立精神・神経センター精神保健研究所）

佐野雅隆（早稲田大学大学院）

野口博文（高齢・障害者雇用支援機構障害者職業総合センター）

研究協力者（国外）：（アルファベット順）

Endrass, Jerome (Justizvollzug Kanton Zuerich)

Rossegger, Astrid (Justizvollzug Kanton Zuerich)

Urbaniok, Frank (Justizvollzug Kanton Zuerich)

A. 研究目的

本研究は、「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下、医療観察法）」の制度における処遇判断の3要素のひとつである「社会復帰要因」を標準的に評価するためのツールを策定することを目的とする。

医療観察法制度においてはその処遇判断の3要素とされる「疾病性」「治療反応性」「社会復帰要因」について、できるだけ標準化したかたちで評価することが必要である。このうち前二者については精神医学の一般的な視点を中心となるから従来の臨床的な知見を援用しやすい。しかし、社会復

帰要因については、お互いに複雑に関係しあっている多種多様な要因を整理しなければならぬため簡単ではない。

そこで本研究では、社会復帰要因を標準的に評価するツールを策定することを目的として、多くのリスクアセスメントツールを検証し、そのなかで最も社会復帰要因について多面的にとらえていると思われる FOTRES: Forensiches Operationalisiertes Therapie- & Risiko- Ecaluations- System (フォトレス; 治療とリスクの操作的司法評価システム) について、その利用可能性、有用性を探ることにした。

この研究により、現在のところ系統だけで、そして動的な評価方法が十分に確立できていない、医療観察法制度における社会復帰要因について、整理して確認することができるようになり、また、より一層の多職種協働をすすめることができるものと期待される。

本年度は、ドイツ語版、英語版の FOTRES のコンピュータソフト、およびドイツ語版の解説書について、日本語版への翻訳に着手することにした。

B. 研究方法

1. 対象

本研究では、社会復帰要因をさぐる手がかりとして、スイスの司法行政局のウルパニョク博士らによって開発され欧州諸国で試行されている FOTRES について、その日本語版を作成して、国内での利用可能性をさぐる。

FOTRES のドイツ語版、および英語版のオンラインコンピュータシステムと、ドイツ語版の解説書をその研究対象とした。

2. 手続き

1) 共同研究の確認

FOTRES の日本語版を作成するにあたり、オリジナルの FOTRES の開発者らに対して、本研究をすすめることについての承諾を得た。

2) FOTRES 日本語版作成作業のためのコンピュータシステムの作成

FOTRES のドイツ語版および英語版のコンピュータシステムから日本語版のコンピュータシステムをできるだけ効率的に、そして複数の研究者が共同で同時並行的に作成することができるような作業環境を整えた。

具体的には、ネットワーク上に同時アクセス可能なプロトコルを用いた作業スペースを作成した。さらにドイツ語版、英語版の FOTRES を翻訳のオリジナル版として同作業スペース上に置いた。

3) FOTRES 日本語版作成作業

上記 2) のシステム上で、FOTRES のドイツ語版および英語版ソフトウェアから日本語版ソフトウェアを作成する作業を分担研究者、研究協力者の共同によりおこなった。

C. 研究結果と考察

1. FOTRES について

FOTRES は、リスク要因や構造を特定したうえで、それが治療などの介入によって変化しうる程度の評価、実際に介入がリスクを変えていく経過、あるいは介入がなく進展していく経過について、報告としてまとめるために使うことを目指して作られたツールである。

FOTRES を用いることによって、異なった時点で、そして専門の異なる職種（精神科医、心理療法家、保護観察官など）の異なる評価者が行ったリスク評価や介入による経過の変化の評価の結果を比較するということも可能である。

FOTRES は 3 つの水準 (Ebene) の評価を

設定している。

第一水準	構造的再犯リスク Strukturelles Rueckfallrisiko (ST-R)
第二水準	感受性 Beeinflussbarkeit (BEE) 英語版では Mutability (MU)
第三水準	動的リスク低減 Dynamische Risikoverminderung (DY-R)

FOTRES ではこの3つの水準の評価を用いて、まずリスクの構造 (ST-R) を評価したうえで、その人にはどのような治療的介入が行われうるか (DY-R)、そしてそうした介入にどれくらいの感受性をもっているか (BEE) を評価する。

これらの3つの評価水準は、経過や相乗効果による影響を受けて変化する。そこで、評価をするたびに、3つの各水準について、その評価時点現在での情報をもとにした修正をしたシミュレーションをした評価 (aktuelle Simulationen) をすることができる (ST-R-AS, BEE-AS, DY-R-AS)。

FOTRES は、インターネットに接続したコンピュータ上で利用するものになっている。当該事例について十分に理解した人が FOTRES を使うならば、各水準についておよそ 20 分ほどで評定ができる。

2. FOTRES 日本語版オンラインソフトウェアの開発

ドイツ語版および英語版のオンラインソフトウェアから、FOTRES の日本語版を作成するために、その表示データ部分すべての翻訳を暫定版として作成した。

紙面の限りがあるので、評価項目の一覧、評価項目の具体的な解説のサンプル、およ

びコンピュータ上での画面イメージのサンプルを示す (表 1、2、図 1~3)。

とくに評価項目のサンプル (表 2) をみると、FOTRES がリスクマネジメントの具体的な着目点を明確にしようとするツールであることが理解できるであろう。

3. 今後の展望

今後は、日本語版の完成度を高めるために、実際のケースでの評価をおこなって、その検証を進める。

日本語版が完成したのちには、現在、英語版、ドイツ語版、オランダ語版が運用されているウェブ上での運用ができるよう、整備をする予定である。

D. 健康危険情報

なし

E. 知的財産権の出願・登録状況

なし

F. 謝辞

本研究にあたり、Astrid Rossegger 先生、Jerome Endrass 先生、Frank Urbaniok 先生には、FOTRES 日本語版の作成への快諾とご協力に厚く感謝いたします。

参考文献

- [1] F. Urbaniok: FOTRES Forensisches Operationalisiertes Therapie- & Risiko-Evaluations- System 2. Auflage. Zytglogge Verlag, Oberhofen am Thunersee, 2004
- [2] 入院処遇ガイドライン. 厚生労働省. 平成 17 年 7 月

【図表】

表1：FOTRESの各種項目（抜粋）

構造的再犯リスク(ST-R)

個人の向非行性

非行文化への同一化と犯罪的社会化傾向の度合い
 犯罪の多方向性
 少年期の非行
 見知らぬ人への危害
 共感性の欠如
 道具的暴力と残忍性
 人間関係の道具化
 過剰な暴力
 人格障害
 非社会性人格障害
 物質使用

犯行に関連する問題領域

暴力

攻撃性

攻撃性の問題
 怒りの問題
 敵意

慢性的な暴力傾向

暴力の使用
 武器の使用
 暴力的行為の激しさの程度
 少年期における暴力行動
 暴力の道具的な行使

殺人傾向

殺人指向性的人格傾向
 殺人リスクのある行動を通じての昂揚
 殺人リスクのある行動への抑制閾値の低さ

放火癖（ピロマニア）

サディズム

セクシュアリティ

露出症

小児性愛（ペドフィリア）

慢性的な強姦向性

その他の（あるいは不明確な）性的偏倚

欠陥

コントロール

コントロールの問題
 感情の不安定さ
 感情の反応性

社会的な能力の欠如

自己無視（セルフネグレクト）
 対人接触の問題
 生活をうまくこなしていくうえでの障害
 人間関係をあつかっていくうえでの障害
 葛藤への対処の問題
 感情面の能力の欠如

接触の全般的な欠如、もしくは引きこもりの傾向

自尊心の問題

パーソナリティ障害

妄想性パーソナリティ障害

シゾイドパーソナリティ障害

非社会性パーソナリティ障害

情緒不安定性パーソナリティ障害、衝動型

情緒不安定性パーソナリティ障害、境界型

演技性パーソナリティ障害

強迫性パーソナリティ障害

依存性パーソナリティ障害

自己愛性パーソナリティ障害

好訴性パーソナリティ障害

(児戯的で)不適切な行動

(児戯的で)不適切な行動

満足を先延ばしにすることの不能

責任を負うことに対する全般的な障害

(幼兒的な)愚直さ

その他の要因

人間関係上の暴カ—特定

現在の人間関係の持続

犯行に関連する感情や信念の持続

犯行に関連する人格の持続

人間関係上の暴カ—全般

将来の同様の人間関係の可能性

犯行に関連する感情や信念の再新生

犯行に関連する人格傾向の持続

被害経験

不安や抑うつの問題の詳細

物質使用

パラノイア(妄想症)

人々や集団への特異的な敵意

脅かされている感覚

妄想体系の範囲

統合失調症/妄想症候群

優位性

コントロールの欲求

優勢性の追求

他者のニーズの無視

非行推奨的な世界観

非行推奨的な世界観

開放性の欠如

開放性の欠如

不信

嘘をつこうとすること

犯行に関連するその他の症候群

犯行に関連するその他の症候群

選択した問題領域

過去の犯行に有意であったもの

将来の犯行に有意と思われるもの

関連する問題プロフィール

個別性

	<ul style="list-style-type: none"> プロブレムプロフィールの際立ちかた 継続性
決定の程度	<ul style="list-style-type: none"> 過去の犯行の決定の程度 将来の犯行の決定
コントロール	<ul style="list-style-type: none"> 満足感へのニーズとコントロール欲求 行動の衝動性をコントロールするモチベーションと能力 セルフコントロールの良好予後
犯行の状況依存性	<ul style="list-style-type: none"> 犯行に必要な諸要因の発生の可能性 犯行の再現性 一時的、時期的な限定
犯行様式	
犯行の構造	<ul style="list-style-type: none"> 計画の度合い 緻密さの程度 全般的な行動パターンを反映したものとしての犯行の詳細 自己防御策の程度 コントロールの能力 識別される感情的刺激 犯行の流れの中での感情や性的興奮の意図的な増強
武器使用	<ul style="list-style-type: none"> 最近の武器使用(武器使用のあった指標犯罪/もっとも最近の犯行) 武器の道具的使用 過去の武器使用 武器への親和性 武器使用の抑制閾値の低さ
暴力傾向	<ul style="list-style-type: none"> 最近の暴力の使用(暴力的な指標犯罪/もっとも最近の暴力的な犯行) 暴力の道具的使用 過去の暴力の使用 暴力の使用への親和性 暴力の使用の抑制閾値の低さ
サディズム	<ul style="list-style-type: none"> サディスティックな要素の程度 サディスティックな犯行要素の計画の程度 サディスティックな犯行要素の緻密さの程度 サディスティックな行動を通じての覚醒 サディスティック・ファンタジー
殺人傾向	<ul style="list-style-type: none"> 最近の殺人性向 以前の殺人性向 殺人へのパーソナリティ傾向 殺人のリスクがある行動を通じた渴望 lust の増強 殺人のリスクがある行動への抑制閾値の低さ
犯行決意	<ul style="list-style-type: none"> 犯行のモチベーションの程度 犯行の予告、もしくは明らかな犯行準備 偶然特異性 明らかな疑念と両価性 その犯行を実行したいという気持ち

パーソナリティの影響

パーソナリティの影響

オフenseパターンへの同一性

犯行に関連する領域への外的・内的な没頭

行動様式の慢性化の程度

犯行の反復

犯行への慢性的な傾向

犯行への恒常的な傾向

犯行の発生しやすさ

同じオフenseメカニズムのある犯行の反復

犯行の行動の結果

犯行のなかで自己コントロールする意思、その能力の明らかな欠如

可変性の欠如

全般的な可変性

犯行に特異的な可変性

制裁の影響

発展

複数の犯罪をへるなかでの質的な発展

複数の犯罪をへるなかでの量的な発展

一貫性

犯行の状況依存性

犯行に必要な諸要因の発生の可能性

犯行の再現性

一時的、時期的な限定

可変性(BEE)

全般的な成功的予後

焦点の変更の明確性、伝達性、接近性

成功を支持する潜在能力

変化への抵抗

成功予後

解放のシミュレーション

非行へのパーソナリティ傾向の強度

リソース

供述資料の分析

責任

犯行を遠ざけようとする事

迅速で合理的な自白

自白の質

責任の外在化

戦略的な虚偽

開放性

開放性

信頼できること／猜疑心がないこと

正直であること／記憶に虚偽のないこと

変化の可能性

動機／変化への動機づけの可能性

変化の助けになる資源

犯行行動に関する問題意識

被害者への自発的な共感

観察可能な、純粋な苦悩／変わりたいという気持ち

変化を支持する諸要因

自己検証の能力

外的な過程に対する、可変性／開放性
衝動性をコントロールしたいという気持ち
衝動をコントロールする能力
人間関係についての能力

過去のセラピー

以前の治療におけるモチベーション
過去のセラピーにおける持続力
過去のセラピーの全般的な成功
過去のセラピーにおける、犯行に関連する成功

結論：可変性

成功的な予後
リソース

動的リスク低減(DY-R)

進展変数

治療動機

変わろうとする気持ち(※サンプルとして表2に示す)
治療の実践に関する信頼性(※サンプルとして表2に示す)
一般的な信頼性
能動的な参加
セッション外でのセラピー継続への関心
受容されたいという欲求
ターゲットへの気づき

セラピーへの関係づけ

セラピーサービスへの統合度
セラピストとの人間関係
相互関係の能力
セラピーグループでの立場
セラピーグループからの支援

行動への関連性

受容性
概念化による統合
目標への着手の能力

正直さと開放性

正直さ
開放性
妥当性
即時性(計算の欠如)
信憑性
嘘をつこうという気持ち

犯行についての気づき

正当化や否認の考え
犯行の全般的な意味への思慮
犯行の力動への気づき
責任を取ること
責任の外在化
隠れた事実の開示
犯行の再構成
情緒的な能力
被害者への共感
犯行についての気づき有用な説明の存在

リスクマネジメント

リスク要因への気づき

リスク発展の初期段階での認識
再犯回避の可能性
犯行特異的な自己コントロール
リスク発展に反応する能力
援助を得ること
注意の水準
コーピング戦略の有効度

現実性を支持する要因

犯行につながる思考とファンタジー
犯行支持的な刺激からの影響の受けやすさ
自己コントロールの実行／必要性の要求
犯行準備的な行動

変化を支持する要因

自己検証の能力
外的なプロセスへの可変性／開放性
衝動をコントロールしようという気持ち
衝動をコントロールする能力
人間関係への能力

犯行に関連するファンタジー

行動閾値の質
行動に関連する要因
ファンタジー形成に関する変数
コミュニケーション上の開放性
ファンタジーに誘導される動機をコントロールしようとする気持ち
ファンタジーに誘導される動機をコントロールする能力

単独優越要因

精神障害のマネージメント
精神的な影響のある身体疾患のマネージメント
永続的な精神身体的なリスクの低減
物質乱用のマネージメント
その他諸要因
とくに有意な要因群

結論：リスクの動的低減

進展に関する変数
単一要因の程度
犯行予防に対する単一要因の効果

現在のシミュレーション

現在アクティブな諸要因

リスクに関連する不安定独立要因

リスク要因としての職業
独立の度合い
要因の現在の程度

防御要因としての職業

リスク要因としての余暇活動

防御要因としての余暇活動

リスク要因としての人間関係と家庭

防御要因としての人間関係と家庭

リスク要因としての重要な人物に関する特異的な布置

防御要因としての重要な人物に関する特異的な布置

リスク要因としてのケアと治療

防御要因としてのケアと治療

リスク要因としてのその他の社会環境