

6. 指定入院医療機関におけるリスクマネジメントの信頼性と妥当性に関する研究

研究分担者 平林直次

平成19年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）  
心神喪失者等医療観察法制度における専門的医療の向上のためのモニタリングに関する研究  
研究分担報告

指定入院医療機関におけるリスクマネジメントの信頼性と妥当性に関する研究

研究分担者 平林 直次 国立精神・神経センター病院

研究要旨(研究概略図)：本研究の目的は、指定入院医療機関の、①入院期間と転帰、②退院後の予後を明らかにすることと、これらに影響を与える社会的・臨床的因子を明らかにすることである。2年目となる本年度の研究成果は次のとおりである。

平成17年7月15日から平成21年9月30日までに国立精神・神経センター病院に入院した対象者は101名であり、そのうち72名(男性60名、43.2±13.6歳、女性12名、39.8±8.4歳)(重複2名含む)が退院していた。退院した者の内訳は、裁判所への抗告が受諾され退院した者(抗告退院)2名(2.8%)、退院後、通院処遇に移行した者51名(70.8%)、退院と同時に医療観察法処遇を終了した者8名(11.1%)、他の指定入院医療機関に転出した者10名(13.9%)、入院処遇中の死亡者1名(1.4%)(病死)であった。

医療観察法病棟における推定入院期間の中央値は645日(95%信頼区間563-726)、平均値は679日(95%信頼区間597-760)であった。入院期間とHCR-20のClinical(C)項目合計点との間に有意な関連が認められた(p=0.016)。

退院後、通院処遇に移行した51名を予後調査の対象として、同意の得られた者(以下、同意者)33名(64.7%)について、退院後の予後を継続観察した。その結果、観察期間、中央値670.5(3-1220)日の間に、自殺企図および他害行為は観察されなかった。再入院は、医療観察法によるもの0件、精神保健福祉法による入院は10名に認められ、延べ19件(任意入院14件、医療保護入院5件、措置入院0件)であった。退院後の通院処遇では、精神保健福祉法による早期危機介入が適切に行われ、自殺、他害行為、医療観察法による再入院が予防されていると予測された。

今後、さらに研究調査を継続し、対象者数を増やすとともに観察期間を延ばし、入院処遇対象者の長期予後を明らかにする必要がある。

研究協力者(五十音順)

国立精神・神経センター病院

朝波千尋 臨床心理技術者

今村扶美 同上

岩崎さやか 同上

朝比奈次郎 医師

新井薫 同上

大森まゆ 同上

永田貴子 同上

澤 恭弘 精神保健福祉士

三澤孝夫 同上

三澤 剛 作業療法士

山口しげ子 看護師  
国立精神・神経センター精神保健研究所  
安藤久美子 室長  
菊池安希子 同上

## A. 研究目的

「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）」が平成 17 年 7 月 15 日に施行され、4 年が経過した。この間に医療観察法による入院処遇や通院処遇が実施され、平成 21 年 7 月 15 日時点で全国の指定入院医療機関への累積入院者数は 866 名に達した。

指定入院医療機関には集中的に人的および物的資源が投入され、対象者の社会復帰の促進や精神医療全般の底上げが期待されている。欧米圏の司法精神医療領域では、既に多くの予後調査が行われており、入院期間、再犯率、予後と関連する因子などが明らかになっている。しかし、司法精神医療の歴史の浅い本邦では、医療観察法に関する基礎的統計資料も明らかにされていないのが現状である。来年度には本法施行後、初めての国会報告が行われ、必要に応じて医療観察法の見直しが行われることになっている。

本研究の目的は、医療観察法による入院処遇の実態や効果を調査し、本法による専門医療の向上や法の見直しのための基礎となる資料を作成することである。

本研究では、指定入院医療機関に入院した対象者の、①入院期間（日数）と転帰、②退院後の予後を明らかにし、入院期間や転帰に関連する因子の抽出を試みた。

## B. 研究方法

### 1. 対象および調査期間

本研究の研究期間は 3 年間であり、平成

17 年 7 月 15 日から平成 22 年 12 月 31 日までが調査期間である。本年度は、3 年度研究の 2 年目であり、平成 17 年 7 月 15 日から平成 21 年 9 月 30 日までに国立精神・神経センター病院の医療観察法病棟に入院処遇となった対象者を調査対象者とし、中間報告を行った。

また、予後調査に関しては国立精神・神経センター病院の倫理委員会の決定に従い、口頭および文書による説明と同意が取得できた対象者のみを調査対象とした。

### 2. 調査内容

本年度は、初年度に引き続き以下の内容を調査・集計した。

- 1) 社会学的特性・精神科診断
- 2) 入院期間および転帰
- 3) 退院時 HCR-20 得点

(Historical, Clinical, Risk Management-20<sup>1)</sup>)

#### 4) 退院後の予後

##### 1) 入院対象者の社会学的特性

対象者の年齢、性別、精神科診断名（入院治療における主診断）を調査した。なお、精神科診断については、国際疾病分類第 10 版 (ICD-10) を用いた。

##### 2) 入院期間および転帰

入院期間および転帰については、診療録をもとに入・退院日、転帰（抗告退院、通院処遇移行、退院時処遇終了、死亡退院、入院継続中、転院）を後方視的に調査した。なお、転院とは、地域調整を目的として退院地に近い指定入院医療機関に転院した場合である。

##### 3) HCR-20 得点

HCR-20 は、矯正医療分野を中心に国際的

に用いられている暴力のアセスメントツールである。実施のためのトレーニングを受けた精神科医または臨床心理士が定期的（入院時、6ヶ月毎、退院時）に評点した。本年度は、退院時のHCR-20得点のみを用いて統計学的解析を行った。

#### 4) 退院後の予後

退院後の通院処遇中における予後調査では、文書を用いて説明の上、本人の同意を得て、「退院後アフタ・ケアのためのチェックシート」（様式1）に従い、平成21年9月30日時点での、退院後期間（退院後観察期間）、医療観察法処遇、同様の再被害行為の有無、再入院、自殺企図、退院先、退院後の同居家族、社会資源の利用の各項目について調査した。ただし、本年度の研究報告では、対象者数が少ないことから、退院後の生活状況については報告していない。

### 3. 情報の収集、管理

退院後の予後については、入院処遇中に担当していた精神保健福祉士が指定通院医療機関等から聞き取り調査を行った。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裁断し破棄することとした。

解析対象となるデータは、研究協力者が昨年度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

本年度は、昨年度同様、退院時におけるHCR-20の項目別平均点の算出を行い、また「入院期間および転帰」を従属変数として、「社会学的特性、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した。

統計学的解析には、SPSS 15.0Jを用いて $p < 0.05$ を統計学的に有意とした。対象者の入院期間の推計には、Kaplan-Meier法を用い、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回帰分析を用いた。

### 5. 倫理面への配慮

前述の調査内容で述べた、1)入院対象者の社会学的特性、2)入院期間および転帰、3)HCR-20得点についての倫理面への配慮は下記のとおりである。

社会学的特性、精神科診断などの情報は、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と考えられた。個人を特定する情報はあらかじめ調査項目から除いた。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った。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。

4)退院後の予後調査の実施に当たっては、平成20年6月14日付の国立精神・神経センター病院の倫理委員会により、対象者の同意取得が義務づけられた。審査結果に従い、以下の方法で対象者から同意を取得した。

- ① 入院対象者については、十分に同意能力が回復したと判断された対象者に対し、

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った。

上記の方法で対象者から文書での同意の得られた者のみ研究対象とした。

## C. 研究結果

### 1) 社会学的特性、精神科診断

本年度の調査日である平成 21 年 9 月 30 日までに研究対象施設に入院した対象者数は、表 1 に示したとおり、入院 101 名、そのうち退院 72 名(重複 2 名含む)であった。退院した者の内訳は、裁判所への抗告が受諾され退院した者(抗告退院) 2 名(2.8%)、退院後通院処遇に移行した者 51 名(70.8%)、退院と同時に医療観察法処遇を終了した者 8 名(11.1%)、他の指定入院医療機関に転出した者 10 名(13.9%)、入院処遇中の死亡者 1 名(1.4%)であった。

通院処遇に移行した 51 名のうち、予後調査に対して同意の得られた者(以下、同意者)は、33 名(64.7%)であった(表 2-1)。

表 2-2 に示したように、退院者 72 名は男性 60 名(43.2±13.6 歳)、女性 12 名(39.8±8.4 歳)、また同意者 33 名は男性 27 名(41.3±12.2 歳)、女性 6 名(39.7±9.4)であった。また、精神科診断内訳は、いずれの群でも F2 が最も多く、55 名(76.4%)と 26 名(78.8%)であった。

対象行為では、両群とも殺人・殺人未遂の割合が最も多く、男女併せそれぞれ 40.3%、45.5%であった。

退院者 72 名と同意が得られて予後調査の対象となった 33 名の間で、社会学的特性、

精神科診断内訳において有意な差は認められなかった。したがって、社会学的特性や精神科診断の上から、予後調査の対象となった同意者 33 名は退院者 72 名を代表する集団と考えられた。

### 2) 入院期間および転帰

抗告により退院した者、退院時に医療観察法による処遇を終了した者および死亡退院した者を除いた 90 名について、Kaplan-Meier 法により医療観察法病棟入院期間(日数)を推計した。中央値は 645 日(95%信頼区間 563-726)、平均値は 679 日(95%信頼区間 597-760)であった。

処遇終了者は 8 名であり、うち 5 名は開棟後 1 年以内の事例であった。終了となった事由を医療観察法の所謂 3 要件(疾病性、治療反応性、社会復帰要因)に照らしてみると、精神医学的診断(疾病性)が医療観察法の趣旨に該当しない者が 2 名、認知症の合併等で治療反応性に限界があると判断された者が 3 名、精神保健福祉法による入院医療を確保すれば社会復帰阻害要因が低いと考えられた者が 3 名であった。

### 3) HCR-20 得点

#### 3-1 : H, C, R 各項目平均得点

退院時における HCR-20、項目別平均点を表 3 に示した。HCR-20 は各項目を 0(なし)、1(軽度~中等度)、2(重度)の 3 段階で評点する。通院処遇に移行した 51 名のうち 48 名について退院時の HCR-20 を評点した(表 3)。治療により変動する C, R 項目のうち平均点 1.0 点以上のものを高い順に示すと、「ストレス (R5)」「不安定化要因への暴露 (R2)」「個人的支援の欠如 (R3)」「衝動性 (C4)」であった。一方、平均点 1.0 点以下のものは低い順に「否定的態度 (C2)」「治療的試みに対する遵守性の欠如 (R4)」「主

要精神疾患の活発な症状（C3）「洞察の欠如（C1）」であった。

### 3-2:HCR 得点と入院日数の相関

退院者 72 名のうち、抗告により退院した者、入院医療終了と同時に処遇終了となった者、身体疾患により死亡した者については、通常の治療経過とは異なる経過を持つ事例が含まれており、通常の治療効果の判定には適さないと考えられることから、今回の解析対象から除外した。また、地域調整のために退院地に近い指定入院医療機関に転院した例では、転院による影響も予想されるため、HCR-20 得点と入院期間の検討においては研究対象としなかった。

退院時 HCR-20 を評価した 48 名について、「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、年齢を、また H, C, R 各領域の合計点数を独立変数として、Cox 回帰分析を行った。

この結果、表 4 に示すように、入院期間と有意に相関する因子として Clinical(C) 項目合計点数が抽出された (p=0.016)。

### 4) 退院後の予後

退院後の予後調査は、退院した日から調査日である平成 21 年 9 月 30 日、あるいはそれ以前に医療観察法が終了となった対象者についてはその終了日までを調査観察期間とした。調査観察期間は、中央値で 670.5 (3-1220) 日であった。

調査観察期間中に観察された自殺企図は 0 件、再他害行為は 0 件であった。再入院は、医療観察法によるもの 0 件、精神保健福祉法による入院は 10 名に認められ、延べ 19 回 (任意入院 14 回、医療保護入院 5 回、

措置入院 0 回) であった (表 5)。

### D. 考察

#### 1) 社会学的特性、精神科診断

昨年度の入院処遇対象者 86 名から本年度は 101 名に増加していたが、対象者の年齢、性別、診断内訳について変化は認められなかった。

退院者 72 名のうち、退院時に処遇終了となった者は 8 名であったが、そのうち 5 名は開棟後 1 年以内に入院した者であった。開棟 1 年以降に同様の対象者が急速に減少した背景には、医療観察法入院医療の適応となった事例が蓄積され、精神保健審判員や鑑定人、司法関係者の間で、医療観察法の入院適応について一定のコンセンサスが形成されつつあることが予想された。

#### 2) 入院期間および転帰

平成 20 年度の入院日数の推定値は中央値で 604 日 (95%信頼区間 479-729 日) であり、平成 21 年度は昨年度に比べ 41 日増加していた。昨年度の調査と比較すると、観察期間は 12 ヶ月延びており、この 41 日間の増加をもって入院期間が長期化していると直ちに結論づけることはできない。今後の動向を慎重に見守る必要がある。

#### 3) HCR-20 得点

本来、HCR-20 は暴力のアセスメントツールであり、暴力・他害行為を outcome とすることが妥当である。しかし、前述の如く退院後の再他害行為の発生頻度はきわめて低く、暴力・他害行為の有無から 2 群に分け、両群の違いを検討することは困難であり、本研究ではより臨床的視点に近い入院期間を outcome とした。

不幸なことではあるが、今後、対象者数が増え、暴力・他害行為の発生件数が増加

すれば、それと HCR-20 得点との関連が検討可能となると思われる。HCR-20 は海外での信頼性・妥当性は確認されているが、日本語版の信頼性・妥当性が未確認であり、早急に標準化されることが望まれる。本研究の対象は 50 名弱と母集団が小さく、今後さらに症例を集積していく必要がある。来年度以降も収集を継続し、対象者数を増加させることが課題である。

昨年度の本研究では、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。

本年度も、「衝動性 (C4)」と「ストレス (R5)」は 1 点以上であり、「否定的な態度 (C2)」と「治療的試みに対する遵守性の欠如 (R4)」は今年度も最も低く、昨年度同様の傾向が続いていた。

すなわち、入院医療終結時の対象者は、多職種チームとの信頼関係を形成し、疾病教育や内省プログラム等の治療プログラムによって病識を獲得し、服薬をはじめ治療継続の必要性を理解し、ケア・マネジメントが導入され退院後の地域ケア計画が作成されており、退院後の医療継続、アドヒアランスが期待できる状態にある。また、退院後の再発時に備え、クライシスプランが作成されており、適切かつ円滑な危機介入が期待できるための準備が整えられているのである。

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にある。その背景には、退院後の地域において規制物質やアルコールなどの摂取の機会が増えること、対象行為に纏わる問題や対人関係の課題など、多くのストレスに暴露されることなど、ストレス因が退院後の地域生活には数多く潜んでいることが挙げられる。また、

昨年度の調査結果によると、重複障害の診断率は 50% を超えており、精神遅滞、パーソナリティ障害など、ストレス脆弱性を持つ対象者も少なくない。入院処遇中には、ストレス因の同定やストレス対処技術の獲得を目指した各種の治療プログラムが多職種チームにより実践されているが、その効果は限定的であろう。

このため退院後、再びストレスに晒され、もともと抱えているストレス脆弱性から、再発あるいは再発の前段階に至ると考えられる。しかし、疾病教育や服薬心理教育を通じて獲得した、精神症状のセルフモニタリング技能を活かし、再発時の援助希求行動をとり、指定通院医療機関の医療者や社会復帰調整官に相談することになる。その結果、あらかじめ作成されていたクライシスプランに従って、精神保健福祉法による入院に至ると考えられる。このことは、本研究の予後調査の観察期間中に、精神保健福祉法による入院が 33 名中 10 名に認められていることや、その多くが任意入院であることから裏付けられるのである。

しかし、精神保健福祉法による入院は多いものの、精神保健福祉法による早期介入の結果、医療観察法による再入院、自殺企図、再他害行為を認めなかったのであろう。もともとのクライシスプランには、精神保健福祉法による入院介入が計画されており、ケア・マネジメントを基にした我が国の地域処遇体制では、入院回数が増加が引き起こされていると考えられる。今後、精神保健福祉法による入院介入を減らし、対象者の生活の場における介入、支援・援助を充実させる必要がある。そのためには、我が国のアウトリーチによるケアの充実が必要不可欠である。

HCR-20 得点と入院期間との関係では、C 項目合計得点とのみ関連が認められた。す

なわち、幻覚・妄想などの精神病状態が持続し薬物治療への反応性が乏しい例や、精神遅滞やパーソナリティの問題から衝動性の抑制に課題の残る対象者では、「主要精神疾患の活発な症状（C3）」、「衝動性（C4）」、「治療に反応しない（C5）」の点数が高いままとなり、入院期間が延長する。

他方、今回、R(Risk management)項目は入院期間と関連を示さなかった。これは、通院移行となる全対象者において、入院期間の長短に関わらず、退院時には地域処遇実施計画やケア計画の策定が行われており、リスクマネジメント項目の得点は一律に低いためと考えられた。

すなわち、C項目の点数の高い対象者、言い換えると精神症状を持つ対象者ではケア体制を重厚にする必要があり、退院時のR項目が十分に低下するまで退院後のケア計画の作成や支援体制の確立が続けられるのである。退院時にもC項目の得点の高い対象者では、退院後の準備のために入院期間は長期化すると考えられた。

#### 4) 退院後の予後

平成21年9月30日の調査時点では、自殺企図および再他害行為を行った者はいなかった。その背景については前述の通りである。

しかし、入院処遇を終え通院処遇に移行した51名のうち、予後調査に同意の得られた対象者は33名であり、また、観察期間は中央値670.5(3-1220)日であり、退院後の予後を評価するには、対象者数は少なく、また観察期間も短期間である。

今後の課題としては、予後調査の同意取得を進め対象者数を増やし、また観察期間を延ばし、長期予後を評価することである。

#### 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、繁忙な病棟での診療業務の中、御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深謝いたします。

#### 参考文献

---

1) 吉川和男(監訳), 岡田幸之, 安藤久美子, 菊池安希子(訳). HCR-20(ヒストリカル/クリニカル/リスクマネジメント-20)第2版 暴力のリスク・アセスメント. 東京, 2007



表1 入退院者数(のべ:平成21年9月30日時点)

入院	101	
うち退院(重複2名含む)	72	100.0%
抗告退院	2	2.8%
通院処遇移行	51	70.8%
退院時処遇終了(生存のみ)	8	11.1%
指定入院医療機関の間の転院	10	13.9%
死亡退院	1	1.4%

表2-1 通院移行者のうち調査に同意した者の割合

同意あり	33	64.7%
同意なし	18	35.3%
合計	51	100.0%

表2-2 退院者と同意者の年齢、性別、診断、対象行為

	退院者n=72		同意者n=33	
	男性n=60	女性n=12	男性n=27	女性n=6
年齢(平均±SD歳)	43.2±13.6	39.8±8.4	41.3±12.2	39.7±9.4
<b>主診断</b>				
F0	0	0	0	0
F1	6	0	6	0
F2	48	7	21	5
F3	4	2	4	1
F4	0	1	0	0
F5	0	0	0	0
F6	1	2	1	1
F7	1	0	1	0
F8	0	0	0	0
F9	0	0	0	0
<b>対象行為</b>				
殺人・殺人未遂	21	8	10	5
傷害	16	2	5	0
放火	12	2	4	1
強盗	5	0	3	0
強制わいせつ	6	0	5	0
強姦	0	0	0	0

表3 HCR-20平均点(降順)

	n=48	
	平均値	標準偏差
H6	1.88	0.44
H1	1.77	0.63
<b>OUT_R5</b>	<b>1.50</b>	0.62
H4	1.48	0.80
H3	1.27	0.94
<b>OUT_R2</b>	<b>1.13</b>	0.89
<b>OUT_R3</b>	<b>1.10</b>	0.78
<b>C4</b>	<b>1.04</b>	0.82
H8	0.98	0.98
H2	0.98	0.84
<b>C1</b>	<b>0.79</b>	0.74
H5	0.71	0.92
<b>OUT_R1</b>	<b>0.56</b>	1.43
H10	0.50	0.88
<b>C3</b>	<b>0.44</b>	0.77
<b>OUT_R4</b>	<b>0.44</b>	0.65
H9	0.40	0.74
<b>C5</b>	<b>0.21</b>	0.50
<b>C2</b>	<b>0.17</b>	0.43
H7	0.00	0.00

表4 入院日数と相関する因子

	B	標準誤差	Wald	自由度	有意確率	Exp (B)
年齢	0.017	0.014	1.58	1	0.21	1.02
性別	-0.420	0.450	0.88	1	0.35	0.66
H_SUM	0.003	0.042	0.01	1	0.94	1.00
C_SUM	0.270	0.110	5.77	1	0.02	1.30
OUT_R_SUM	-0.100	0.080	1.70	1	0.19	0.90

表5 自殺企図、再他害行為、再入院 n=33

自殺企図	0
再他害行為	0
再入院	
医療観察法	0
精神保健福祉法	10
のべ19回	
任意	14
医療保護	5
措置	0

退院後日数 中央値670.5(3-1220)日

診療録を元にした調査用紙の作成

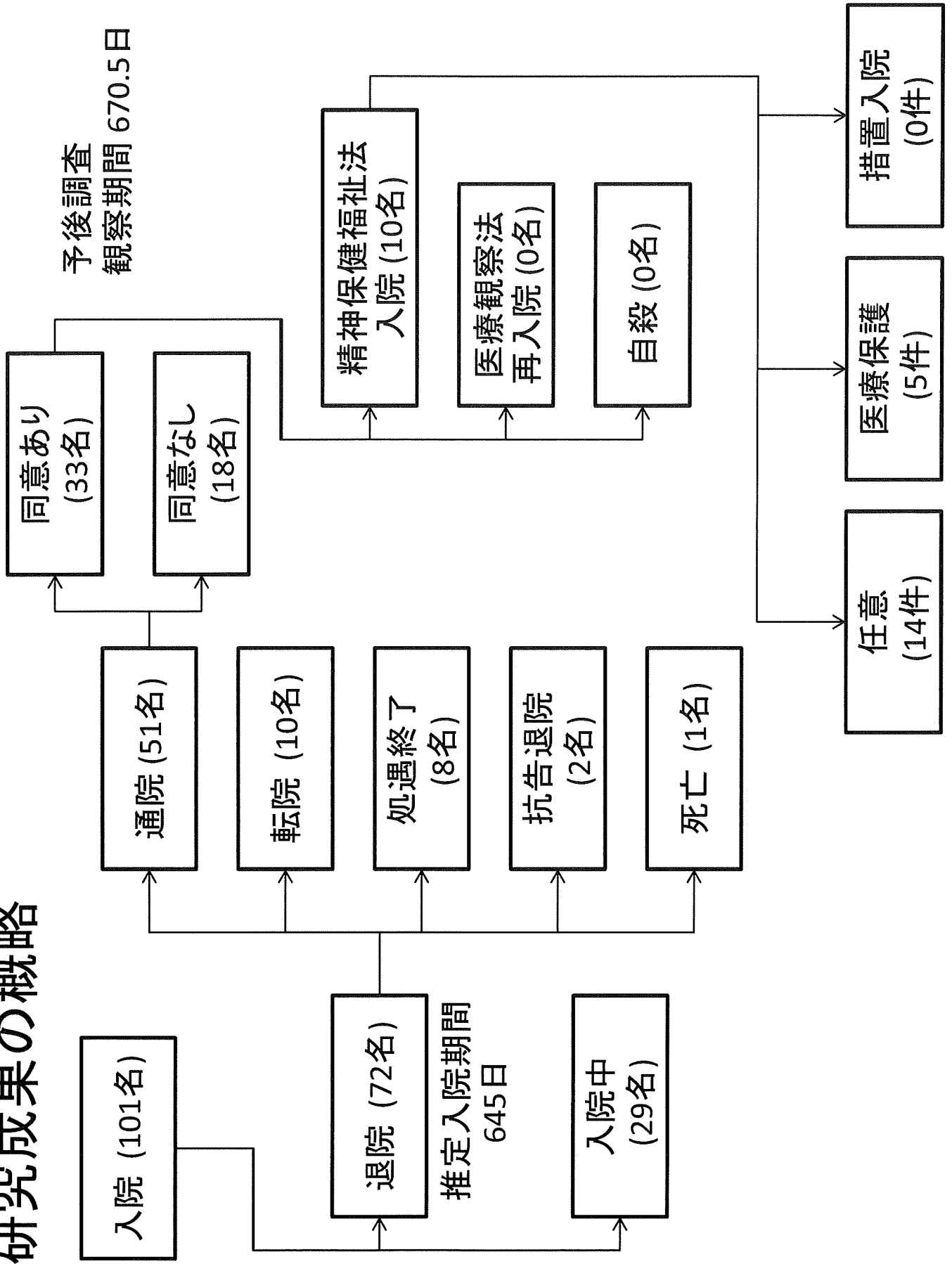
退院後動向調査書

退院後期間(満) (調査日-退院日)	<input type="checkbox"/> 1ヶ月 <input type="checkbox"/> 6ヶ月 <input type="checkbox"/> 12ヶ月 <input type="checkbox"/> 18ヶ月 <input type="checkbox"/> 24ヶ月 <input type="checkbox"/> 30ヶ月 <input type="checkbox"/> 36ヶ月 <input type="checkbox"/> 48ヶ月 <input type="checkbox"/> 60ヶ月
処 遇	<input type="checkbox"/> 継続中 <input type="checkbox"/> 終了   処遇終了日(平成   年   月   日) 終了後の医療( <input type="checkbox"/> 終診 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 入院《 <input type="checkbox"/> 措置・ <input type="checkbox"/> 医療保護・ <input type="checkbox"/> 任意》)
同様の重大な 再 他 害 行 為	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし   ある場合:( <input type="checkbox"/> 殺人 <input type="checkbox"/> 放火 <input type="checkbox"/> 傷害 <input type="checkbox"/> 強盗 <input type="checkbox"/> 強姦 <input type="checkbox"/> 強制猥褻 ) ( <input type="checkbox"/> 既遂 <input type="checkbox"/> 未遂 ) 対象行為日:(平成   年   月   日)
再 入 院	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし   ある場合:( <input type="checkbox"/> 医療観察法 <input type="checkbox"/> 措置 <input type="checkbox"/> 医療保護 <input type="checkbox"/> 任意 ) 入院期間:(平成   年   月   日~平成   年   月   日)
自 殺 企 図	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし   ある場合:( <input type="checkbox"/> 既遂 <input type="checkbox"/> 未遂 ) 企図日:(平成   年   月   日)
退 院 先	<input type="checkbox"/> 自宅(持ち家) <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> 病院( <input type="checkbox"/> 措置・ <input type="checkbox"/> 医療保護・ <input type="checkbox"/> 任意 ) <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 援護寮 <input type="checkbox"/> 老人施設
退院後同居家族	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
社会資源の利用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし   ある場合:( <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> 作業所 <input type="checkbox"/> 訪問サービス <input type="checkbox"/> AA/NA )
備 考	

調査日 平成   年   月   日

聴取者: \_\_\_\_\_

# 研究成果の概略



7. 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

研究分担者：岡田幸之

平成 21 年度厚生労働省科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）  
心神喪失者等医療観察法制度における専門的医療の向上に関する研究  
研究分担報告

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

研究分担者 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：当分担研究は、医療観察法のなかで処遇の決定をするうえで重視される要素のなかでもとくに「社会復帰要因」について整理して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やリソース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が設定できるからである。こうした視点から、治療計画に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、多くのツールのなか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参考のために試行されている FOTRES ; Forensiches Operationalisiertes Therapie- & Risiko- Evaluations- 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 開発者のスイス・チューリヒ司法行政局のウルバ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研究である。本年度は、その手引きのドイツ語版から日本語版を作成する作業に着手した。

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（特定非営利活動法人 東京ソテリア）

研究協力者（国外）：（アルファベット順）

Endrass, Jerome (Justizvollzug Kanton Zurich)

Rossegger, Astrid (Justizvollzug Kanton, Zurich)

Urbanioek, Frank (Justizvollzug Kanton, Zurich)

A. 研究目的

本研究は、「心神喪失等の状態で重大なたがい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」を標準的に整理して評価する手法を策定することを目的としている。

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、全国のさまざまな施設で、できるだけ均質な評価をされる必要がある。このうち全二者については精神医学の一般的な視点が中心となるから従来の臨床的知見を援用しやすい。しかし、社会復帰要因はお互いに複雑に関連し合っ

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、多くのツールのなかから、もっとも社会復帰要因について多面的に捉えていると思われる FOTRE ; Forensische Operationalisiertes Therapie- & Risiko-Evaluations- 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、現在のところ系統立てた、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、多職種協働を進めることにもつながると期待される。

前年度は、ドイツ語版、英語版の FOTRES のオンラインソフトの日本語版の基礎を作成した。今年度は、FOTRES 開発者の von Frank Urbaniok の著書であり、FOTRES の使用のための手引きであるドイツ語の書籍「FOTRES」の日本語版の作成に着手した。

## B. 研究方法

既述のとおり、本研究では FOTRES の日本の医療観察法制度における利用の可能性等をさぐる。そのためには、日本語版の FOTRES を開発することが必須となる。

FOTRES についての最も詳しい解説書であるドイツ語版の「FOTRES」を日本語訳することにした。

## C. 研究結果と考察

FOTRES が膨大なページ数にのぼるため、今回はすべてを翻訳することはできなかった。その一部抜粋を資料として添付する（著作権等の事情から本報告書では包括的な解説の一部のみの掲載にとどめる）。

本書 FOTRES では、各評価項目の具体的な評価方法が記されており、その標準化の手法が参考になる。また、欧州との法制度、社会システムの違いがあるため、日本での利用にあたっては検討を要する項目があることも把握できた。

## E. 結論

次年度以降も、翻訳の継続をし、また上述の通り、日本での利用にあたって検討すべき事項をさらに確認していく計画である。

また、前年度作成した日本語版の FOTRES のオンライン化作業も開発者とのあいだで進めていく予定である。

## F. 健康危険情報

なし

(資料) FOTRES 開発者の von Frank Urbaniok によるドイツ語の FOTRES の解説書「FOTRES」の翻訳 (一部抜粋)

von Frank Urbaniok: FOTRES. Zytglogge-Verlag; Auflage: 2., Aufl. (3. Dezember 2004)

## 2. 司法操作的治療・リスク評価システム(FOTRES)

### 2.1 適用領域

FOTRES は、犯罪者の以下のような面での判断や標準化した書類作成に利用することのできるツールである。:

- 再犯リスク
- 治療効果の予測
- 治療経過

このことは、FOTRES がすでに犯罪をした者に適用できるということを意味している。評価の基準点は以前の犯行、ないし今回の犯行とすることになる。そして再犯について判断することになる。以前の犯罪行動にもとづいて同様の犯罪力動によるような別の機会でのリスクを推し量ることができる。したがって、たとえば現在は単に重い傷害事件をおこしているというだけであっても、共通の犯罪力動からは、さらに幅広い領域の残虐な犯罪をする可能性は知られているのであり、リスクについては殺人なども可能性として広く取り入れることになる。これまでに同様の犯行をしたことのない人の犯行のリスク判断においては、(たとえば脅威状況での危険性など) 異なったツール、たとえば「脅威 FOTRES (未発表)」を使うなど、別に利用しなければならない。

加害者が別種の領域での犯行を行ってきているような場合には、特定の犯罪領域について構造を決定しなければならない。さまざまな犯罪についての可能性についての予測を求めるときには、FOTRES をそれぞれの異なった領域について個々に評価適用しなければならない。したがって個別の評価にあたっては、再犯の可能性を評価する目的とする犯罪種を全般的 (たとえば、暴力的な犯罪全般) とするか、あるいは狭く (たとえば、強盗、傷害、DV など) するかを決めておくことになる。同様の犯罪力動で説明されないような異なった領域の犯罪については、目的とする犯罪種にはあげられないということは重要である。

これまでのところ、FOTRES は主に暴力犯罪と性的犯罪について適用されてきた。しかしながら、基本的に FOTRES はあらゆる犯罪種の再犯の評価に適用しうるものである。この多様な犯罪に対してツールを利用するとしても、再犯リスクというのは、個々のケースごとには常に特定の罪種に特化して決定されるものである。したがって、評価にあたっては、



目的とする犯罪種をはじめに決定しなければならないのである。通常は、目標とする罪種は、FOTRES の適用根拠となるような現在の犯行とのつながりのあるものとなる。適切な方法で例外的な場合のみである。たとえば、殺人事件をした犯罪者が、さらに最近に不法侵入事件を起こしたとき、この人物についての商法犯罪のリスクを評価することはできない。重大な身体暴力や殺人犯罪のリスクを評価する際に、そうした違法行為を自白したようなときには、「重い残虐な犯罪」を目標としうる。

## 2.2 構造

### 2.2.1 判断レベル

FOTRES では、3つの水準の評価と3つの現在のシミュレーションを区別している：

- レベル 1 — 構造的再犯リスク (ST-R)
- レベル 2 — 可変性 (BEE)
- レベル 3 — リスクの動的低減 (DY-R)

#### 現在のシミュレーション

判断の3つのレベルは、現在の変化過程ないし重畳効果の影響を受ける。完全に変化していない過程や不安定であるような要因も影響しうるが、それはこれらの判断のレベルに直接には影響しない。そうした影響は、現在のシミュレーションのほうに示されることになる。判断のレベルのシミュレーションは、現在の状態を記録し、それが一時的、ないし変化する可能性があるものとみなされることになる。

- シミュレーション 1 — 構造的再犯リスクの現在シミュレーション (ST-R-AS)
- シミュレーション 2 — 可変性の現在シミュレーション (BEE-AS)
- シミュレーション 3 — リスクの動的低減の現在シミュレーション (DY-R-AS)

「構造的再犯リスクの現在シミュレーション (ST-R-AS)」と「可変性の現在シミュレーション (BEE-AS)」においては、変化が完全ではない状況であっても、そのリスクに関連した変化の傾向を把握して、評価することになる。「独立不安定要因 (LERF)」に従属するような「リスクの動的低減の現在シミュレーション (DY-R-AS)」は不安定であり、突然に変化する。

したがって総括的には FOTRES の結果というのは単一の値ではなく、判断レベル(1～3)とその現在のシミュレーション(1～3)という独立した変数をとることになる。ユーザが、個々のケースについてこうした変数をまとめて、総合的な臨床的判断をすることになる。

### 判断レベル1： 構造的再犯リスク(ST-R)

「構造的再犯リスク(ST-R)」は、目標犯罪（目標犯罪＝再犯を評価する過去の犯罪）の再犯につながるような加害者にみられる長期的な要因である。「構造的再犯リスク (ST-R)」は主に過去から評価時までの行動などに基づいて評価される特性である。人生のうちでずっと変化し得ないこと（たとえば、前科）と徐々にではあるけれども永い時間をかけて変化しうるもの（たとえば、パーソナリティ障害）がある。「構造的再犯リスク (ST-R)」における特性の判断にあたっては、常に過去においてどうであったかを参照する。したがって、たとえば犯行ののちに受けたセラピーによって起こった変化は、ここでは評価されない。「構造的再犯リスク (ST-R)」の結果は、基本的な再犯傾向の評価であり、したがってセラピーの必要性の判断根拠と見なすことにもなる。「構造的再犯リスク (ST-R)」の結果の別の側面は、判断をするユーザが犯罪力動に仮説を立てることである。基本的に犯罪行動に関連するような個人のリスクファクターを特定することになる。また、セラピーの内容は、その個人のリスクファクターを扱うように作られ、取り組まれ、再犯のリスクを下げるために確認される。「構造的再犯リスク (ST-R)」では、次の3つの次の主要因群をhy 評価する：

- 主要因群 1a： 個人の向非行性
- 主要因群 1b： 特定の問題領域
- 主要因群 1c： 犯行様式

これらの3つの主要因群の態様に基づいて「構造的再犯リスク (ST-R)」が算定される。

### 判断レベル2: 可変性 (BEE)

「可変性 (BEE)」では、「構造的再犯リスク (ST-R)」が変化の過程を通じて、どれくらい影響を受けてどれくらいリスクが低下するのかを評価する。「可変性 (BEE)」は、特定のリスクの布置を想定した再犯予測予後であり、セラピーの設定をするうえで有用である。そして、セラピーの良好、あるいは不良な見通しをもって、頻度や基本的な情報を想定することになる。良好なセラピー予後であれば、はっきりとした期間や設定による成功を意味するし、不良なセラピー予後であれば、成功のためには進展が実にゆっくりとしたものであり、しばしば長期的で徹底的なセラピーが必要であるということにつながる。「可変性 (BEE)」の評価では、成功予後の見通しと加害者のセラピーと関連したリソースが判断される。つまり「可変性 (BEE)」は2つの主な要因群から計算される：

- 主要因群 2a： 成功予後
- 主要因群 2b： リソース

### 判断レベル 3: リスクの動的低減 (DY-R)

「リスクの動的低減 (DY-R)」は犯罪を予防するような変化の形成を意味し、それはちょうど「構造的再犯リスク (ST-R)」と均衡した状態として示される。したがって正確に言えば「構造的再犯リスク (ST-R)」を直接に変えるものではない。それは「構造的再犯リスク (ST-R)」を代償し、リスクを打ち消すような能力の形成を意味する。セラピーのなかでの変化などがそれとしてしばしば取り上げられる。「リスクの動的低減 (DY-R)」では変化の過程を把握する。それは過去の犯罪の直後から始まるものであり（大抵、過去の犯罪の初めの時期は重要である）。「リスクの動的低減 (DY-R)」は、犯罪の予防に効果のあるような加害者の過去の犯罪への直面化といった「進展変数」など、個々のケースにおけるさまざまな変数を含む。個々のケースでは「単独優越要因」は「リスクの動的低減 (DY-R)」に算入されることになる。犯罪力動と因果関係のある要因または要因群があるならば、長期的な犯罪の予防の戦略のうえで重要であり、治療変数によって少なくとも間接的にはその効果が覆い隠されるべきではないということである。セラピーの戦略決定（通常は、これを通じてかなり相対化される）では「単独優越要因」を優先することになる。したがって、「単独優越要因」はかなり控えめに適用されるべきである。

「リスクの動的低減 (DY-R)」は「進展変数」と—その人に存在する場合には—「単独優越要因」の主要因群を計算した値となる：

- 主要因群 3a：進展変数
- 主要因群 3b：単独優越要因（存在するケースの場合のみ）

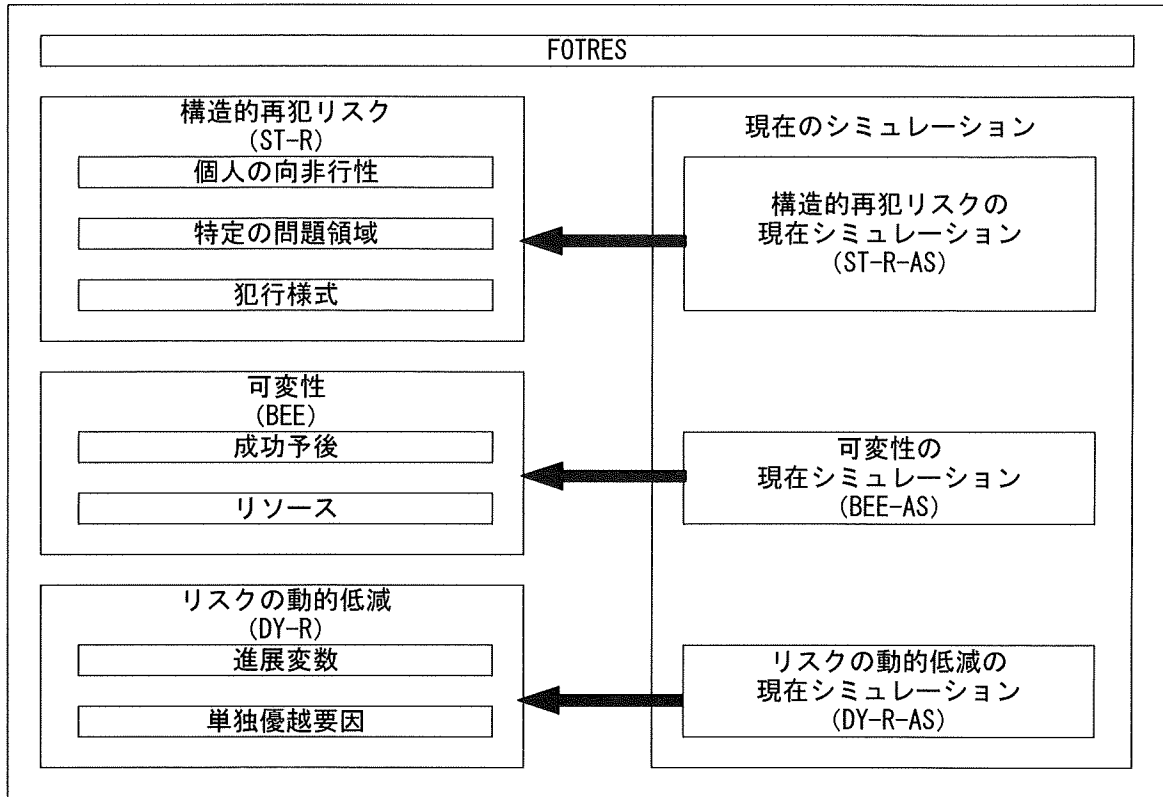


図 2.1 : FOTRES の構造