

また逆に、従診断の分布をみると、精神遅滞、物質関連障害、てんかんないし器質性精神障害、人格障害、広汎性発達障害の順で多く、それぞれ17%（142件）、11.7%（100件）、8.1%（69件）、4.9%（42件）、4.1%（35件）であった（表22、表23、表24）。

また重複診断をさらに細かくみていくと、発達障害圏では、精神遅滞は142件（17%）、広汎性発達障害35件（4.1%）であった。精神遅滞では、軽度遅滞が117件と精神遅滞のうち8割を占めたが、中等度遅滞も存在していた。また広汎性発達障害では、正確な

表20：指定入院医療機関での重複（従）診断の頻度

全診断		重複診断	
		あり	なし
合計	n	226	742
	%	23.3%	76.7%

表21：指定入院医療機関主診断の分布と重複（従）診断の有無

			重複診断の有無		合計
			あり	なし	
主診断	F0	n	8	20	28
		%	28.6%	71.4%	100%
	F1	n	22	38	60
		%	36.7%	63.3%	100%
	F2	n	146	601	747
		%	19.5%	80.5%	100%
	F3	n	12	37	49
		%	24.5%	75.5%	100%
	F4	n	3	3	6
		%	50.0%	50.0%	100%
	F6	n	12	11	23
		%	52.2%	47.8%	100%
	F7	n	10	12	22
		%	45.5%	54.5%	100%
	F8	n	12	14	26
		%	46.2%	53.8%	100%
	G40	n	1	4	5
		%	20.0%	80.0%	100%
合計		n	226	742	968
		%	23.3%	76.7%	100%

表22：指定入院医療機関重複診断

① 精神遅滞と広汎性発達障害

F7：精神遅滞		
	n	%
F70	117	13.70
F71	22	2.58
F79	3	0.35
合計	142	17.00

F8：広汎性発達障害		
	n	%
F84.5	8	0.94
F84.9	27	3.16
合計	35	4.10

発育歴が得にくいこともあり、特定不能の広汎性発達障害の診断に留まるものが多かった（表22）。

つづいて物質関連障害では、アルコール関連が66件（7.7%）、覚醒剤関連が7件（0.82%）、多剤となっているものが14件（1.6%）であった（表23）。また人格障害ではその多くが反社会性人格障害であり、20件（2.34%）であった。続いて情緒障害性が6件

（0.7%）、自己愛性他が5件（0.6%）であった（表24）。

なお重複診断の存在は、その有無のみの比較では、入院期間への影響は与えていなかった。

さらに指定入院医療機関ごとの主診断の分布をみると、頻度が全ての医療機関で多い統合失調症や気分障害では分布に偏りはないものの、特に広汎性発達障害では0%の施設か

表23：指定入院医療機関重複診断

② 物質関連障害

物質関連障害		
	n	%
F10.1	23	2.69
F10.2	40	4.68
F10.4	1	0.12
F10.5	1	0.12
F10.9	1	0.12
F10 小計	66	7.73
F11.2	1	0.12
F12.1	1	0.12
F12.2	2	0.23
F13.1	1	0.12

F15.1	1	0.12
F15.2	6	0.70
F15 小計	7	0.82
F16.1	2	0.23
F16.2	2	0.23
F18.2	4	0.47
F19.1	7	0.82
F19.2	5	0.59
F19.5	2	0.23
F19 小計	14	1.64
F1 合計	100	11.70

表24：指定入院医療機関重複診断

③ 人格障害と神経症性障害と器質性精神障害およびてんかん

F6：人格障害		
	n	%
F60.0	1	0.12
F60.1	1	0.12
F60.2 反社会性	20	2.34
F60.3 情緒 不安定性	6	0.7
F60.5	1	0.12
F60.6	2	0.23
F60.8 自己愛他	5	0.59
F60.9 特定不能	5	0.59
F65.8	1	0.12
F6：合計	42	4.92

F4：神経症性障害		
	n	%
F40.1	1	0.12
F41.1 全般性 不安性	8	0.94
F42.1	1	0.12
F42.2	1	0.12
F43.2	1	0.12
F44.7	1	0.12
F45.0	1	0.12
F4：合計	14	1.64

F0/G4：器質性障害・てんかん		
	n	%
F00	4	0.47
F01	2	0.23
F03	4	0.47
F04	1	0.12
F06	7	0.82
F07	3	0.35
F09	2	0.23
F0：小計	23	2.69
G30	2	0.23
G32	1	0.12
G40	8	0.94
G47	35	4.1
G4：小計	46	5.39
F0/G 合計	69	8.08

ら、10%の施設まであり、また物質関連障害では、0%から22%までと医療機関ごとに重複診断の頻度の差異が大きかったとともに、施設により乱用レベルは診断を行い治療の課題とするか否かに違いがあると考えられた。よってこれらの疾患は、標準的な診断のあり方を共有する必要があると考えられた（表25、表

26、表27）。

3. 対象行為が病院内殺人ないし傷害致死である事例調査について

対象行為が病院内殺人および病院内傷害致死の事例について、平成21年7月15日までの968人の入院対象者を母数とした全数調査をお

表25：指定入院医療機関毎の重複診断の分布

① 精神遅滞と広汎性発達障害

医療機関	対象者数	精神遅滞							広汎性発達障害				
		F70		F71		F79		F7 延数	F84.5		F84.9		F8 延数
		n	%	n	%	n	%	n	n	%	n	%	n
A	69	11	16	1	1.5			11			6	8.7	6
B	7							0					0
C	93	8	8.6	3	3.2			11	1	1.1			1
D	32	2	6.3			3	9.4	5					0
E	33	4	12	1	3.0			5			3	9.1	0
F	99	7	7.1	2	2.0			9	2	2.0	3	3.0	5
G	46	10	22	2	4.4			12	2	4.4			2
H	80	15	19	6	7.5			21			2	2.5	2
I	52	9	17	1	1.9			10	1	1.9	1	1.9	2
J	88	15	17	1	1.1			16					0
K	100	17	17	1	1.0			18			2	2	2
L	41	5	12	2	4.9			7			10	24	10
M	26	6	23					6	2	7.69			2
N	88	8	9.1	2	2.3			10					0

表26：指定入院医療機関毎の重複診断の分布

② 物質関連障害

医療機関	n	アルコール関連障害									覚醒剤関連障害				多剤							
		F10.1		F10.2		F10.4		F10.5		F10.9		F15.1		F15.2		F19.1		F19.2		F19.5		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
A	69	4	5.8	4	5.8								3	4.3								
B	7																					
C	93			8	8.6			1	1.1													
D	32																		1	3.1		
E	33	2	6.1																			
F	99			1	1								1	1								
G	46	2	4.3	3	6.5								2	4.3			1	2.2				
H	80	1	1.3	3	3.8					1	1.3											
I	52			3	5.8											1	1.9	1	1.9			
J	88			1	1.1																	
K	100	13	13	10	10							1	1			6	6	3	3	1	1	
L	41			1	2.4																	
M	26			4	15																	
N	88	1	1.1	2	2.3	1	1.1															

こなつた。結果は、精神保健福祉法入院中の病院内殺人は10件、殺人未遂は2件であり、一般入院中の病院内殺人が1件であった。また対象者の診断は統合失調症が92%（12件）であり、残りの1件は物質関連障害であった。事件場所が病院である時の被害者は全て入院患者で9件あり、外泊中の対象行為では被害者は全て親族で2件であった。なお外出中の事件は認めなかった。また対象行為と症状との関係は直接的であるものが、92%（12件）であった（表28）。

また指定入院医療機関ごとの件数では、0件から3件と分布に偏りがあるとともに、多い施設でも3件であり、単独施設の事例から、般化してみることに無理がある件数であった（表29）。

#### 4. 対象行為が強姦（未遂）ないし強制わいせつである事例調査について

対象行為が性犯罪であるもの（強姦と強制わいせつ）について、平成21年7月15日の時

点まで968人の入院対象者を母数とした全数調査を行った。これは性犯罪が、暴力犯罪とは、やや性質を異にするものであり、治療反応性の検討の上でも、対象行為特異的な検討と治療技法を要すると考えたからである。

対象行為が性犯罪であるものは49件であり、その内訳は、強姦既遂が3件、強姦未遂が11件、強制わいせつが35件であった。そして主診断は統合失調症が87%（39件）であったが、強姦（未遂）よりも、強制わいせつの場合、診断が広範となり、統合失調症が80%（28件）の他に、物質関連障害1件、気分障害2件、解離性障害1件、広汎性発達障害2件、てんかん1件であった（表30～表34）。

なお性犯罪の常習性は20～28%と比較的高かったが、発病前の性逸脱については今回の調査では不明であった。被害者は多くが思春期以降の女性であったが、児童に対するものが1件認められた。強姦（未遂）の場合、対象者の多くが統合失調症であり、その多くは陽性症状など疾病主導で対象行為が行われてい

表27：指定入院医療機関毎の重複診断の分布

#### ③ 人格障害

医療機関	F60.0		F60.1		F60.2 非社会性		F60.3 情緒不安定性		F60.5		F60.6		F60.8 自己愛他 その他PD		F60.9 特定不能		F65.8		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
A	69				1	0.1			1	0.15	1	0.15							
B	7																		
C	93						1	0.1											
D	32				1	0.3													
E	33												1	0.3					
F	99	1	0.1												1	0.1			
G	46				2	0.4													
H	80				4	0.5							2	0.3					
I	52												1	0.2					
J	88				1	0.1													
K	100			1	0.1	10	10	3	0.3			1	0.1	1	0.1			1	0.1
L	41				1	0.2	1	0.24											
M	26															1	0.39		
N	88						1	0.1							3	0.34			

た。

なお精神遅滞を重複するものが29%あり、さらに陰性症状が進行しているものを含めるとそれよりも多くの人数となると推測された(表30～表34)。

また指定入院医療機関ごとの件数では、0件から7件と分布に偏りがあるとともに、全くない施設もあり、治療を行う上で、単独施設の事例から、般化してみることは無理がある件数であった(表35)。

表28：対象行為が病院内殺人である対象者

① 診断、対象行為の場所、症状の影響、被害者の特性等(重複事例なし)

		精神保健福祉法入院中			一般入院中			
		医療機関			医療機関			
		病院内殺人		病院内傷害致死	病院内殺人		病院内傷害致死	
		既遂	未遂	既遂	既遂	未遂	既遂	
精神科 診断	F0 器質性精神障害	0	0	0	0	0	0	
	F1 物質関連障害	1	0	0	0	0	0	
	F2 統合失調症	9	2	1	0	0	0	
	F3 気分障害	0	0	0	0	0	0	
	F4 神経症性	0	0	0	0	0	0	
	F6 人格障害	0	0	0	0	0	0	
	F7 精神遅滞	0	0	0	0	0	0	
	F8 広汎性発達障害	0	0	0	0	0	0	
	F9 青年期 行動情緒の障害	0	0	0	0	0	0	
	G40 てんかん	0	0	0	0	0	0	
対象者 性別	男	7	1	1	0	0	0	
	女	3	1		0	0	0	
対象行為 の場所	院内	8	1	1	0	0	0	
	外泊中	2	0	0	0	0	0	
	外出中	0	1	0	0	0	0	
被害者	親族	2	0	0	0	0	0	
	第3者	医療関係者	0	0	0	0	0	0
		入院患者	8	2	1	0	0	0
		その他	0	0	0	0	0	0
対象行為と 症状の関係	直接的	9	2	1	0	0	0	
	間接的	1	0	0	0	0	0	

表29：対象行為が病院内殺人である対象者

② 指定入院医療機関別（重複事例あり）

精神保健福祉法入院中																			
医療機関		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	合計
病院内殺人	既遂	1	1	1	2	0	3	0	0	2	0	0	1	0	0	2	0	0	13
	未遂	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
病院内傷害致死	既遂	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
一般入院中																			
医療機関		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	合計
病院内殺人	既遂	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	未遂	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
病院内傷害致死	既遂	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

表30：対象行為が性犯罪である対象者

① 強姦（未遂）の診断別、症状の影響別

性犯罪	主診断				疾病の影響	
	F0： 器質性 人格障害	F2：統合 失調症	F3：気分 障害	F7： 精神遅滞	主導	間接的
強姦既遂	0	2	1	0	3	0
強姦未遂	1	9	0	1	10	1

表31：対象行為が性犯罪である対象者

② 強姦（未遂）の常習性の有無、被害者の特性

性犯罪	常習性		発病前の 先行性犯		被害者 性別		被害者 年齢				
	あり	なし	あり	不明	女	男	学童・ 幼児	10歳代	20歳代	70歳代	不明
強姦既遂	0	3	0	3	3	0	0	2	1	0	0
強姦未遂	4	7	0	11	11	0	0	3	5	1	2

表32：対象行為が性犯罪である対象者

③ 強制わいせつ事件、診断別、症状の影響別

診断と症状	主診断						症状の影響		
	F1： 物質 関連障害	F2： 統合 失調症	F3： 気分	F4： 解離性 障害	F8： 広汎性 発達障害	F7： てんかん	主導	間接的	不明
強制わいせつ	1	28	2	1	2	0	22	9	2

表33：対象行為が性犯罪である対象者

④ 強制わいせつ事件、常習性など対象者の特性

対象者の特性	常習性		発病前の先行性犯	
	なし	あり	不明	あり
強制わいせつ	27	7	33	2

表34：対象行為が性犯罪である対象者

⑤ 強制わいせつ事件、年齢など被害者の特性

被害者の特性	被害者		被害者						
	性別		年齢						
	女	男	学童・幼児	10歳代	20歳代	30歳代	40歳代	50歳代	不明
強制わいせつ	35	0	4	11	8	8	1	1	2

表35：対象行為が性犯罪である対象者

① 指定入院医療機関別

施設番号		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	合計
強姦	既遂	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3
	未遂	1	0	1	2	0	2	2	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	11
強制わいせつ	既遂	5	4	4	2	5	2	4	4	1	1	0	2	0	0	1	0	0	35

D. 考察

審判（鑑定）時および指定入院医療機関での診断変更の頻度の観点からみて、鑑定および審判時に、特に広汎性発達障害の診断について十分な検討がなされる必要があり、さらに人格障害など責任能力上の疑義が生じる診断については、審判時の地方裁判所でのカンファレンス等を通じて、再度責任能力について検討する機会が持たれるように鑑定人ないし審判員が意見を提示する必要があると考えられた。

また入院後に器質性精神障害への診断変更が行われることも比較的多くみられており、指定入院医療機関での器質性精神障害の治療能力を高めることも課題であると考えられた。

また重複（従）診断の存在は、その有無のみの比較では、入院期間への影響は与えていなかった。しかし重複（従）診断治療の組み立て方、治療反応性の判断に影響を与えていると考えられ、かつ地域移行後の治療の支援の在り方にも大きく影響を与えていると考えられた。よって重複（従）診断がなされることが多かった物質関連障害、広汎性発達障害、精神遅滞、てんかんないし器質性精神障害の診

断の有無についての検討は、指定入院医療機関にてスクリーニングに近い意識でなされるべきであり、かつその診断後に行われる治療プログラムの共有が急がれると考えられた。また精神遅滞に加え統合失調症に伴う認知機能障害を含めると、認知機能が低下している対象者の比率は多く、治療の組み立てに工夫が必要と考えられた。

さらに指定入院医療機関ごとの主診断の分布をみると、頻度が全ての医療機関で多い統合失調症や気分障害では分布に偏りはないものの、特に広汎性発達障害では施設ごとの診断頻度が、0%~10%と差異が大きく、物質関連障害では、0%~22%と医療機関ごとに重複診断の頻度の差異が大きかった。よってこれらの疾患は、標準的な診断のあり方を共有する必要があると考えられた。

また病院内殺人ないし病院内傷害致死による入院事例は、精神保健福祉法下での入院治療を受けていたにも関わらず対象行為が起きているという点で、とくに注意を要する事例であると考えた。すなわち治療反応性と社会復帰阻害要因との関係について議論を尽くす上での象徴的な群であり、社会復帰阻害要因の吟味と対象行為と症状の関係について十分な検討がなされ、治療反応性の検討が十全に

行われる必要がある。よって更に事例の詳細な検討を行い、医療観察法と精神保健福祉法による医療との重なりと切り分けとの検討し、長期化事例の処遇の在り方について整理につなげる必要があると考えられた。

さらに対象行為が性犯罪である入院者は、1施設あたり0～7人であり、該当する対象者が1人もいない施設もあった。そのため各施設が少ない面前の対象者をもとに、独自に治療反応性の判断などのアセスメントや、必要な治療プログラムの開発を行っているのが現状であった。すなわち自施設での治療経験だけでは、全体を推測して議論することは困難であり、アセスメントの在り方について、共通の指標をもち、治療技法についての共有が必要であると考えられた。

## E. 結論

法施行後4年にあたる、平成21年7月15日までの間に指定入院医療機関に入院したすべての対象者968人について、審判（鑑定）時の診断と入院後の診断、および重複（従）診断の有無とその内容について全数調査した。

主診断変更は、全入院患者の11.1%（107件）で行われており、指定入院医療機関で重複（従）診断がなされているものは、23.3%（226例）あった。

これらを通じて、広汎性発達障害および人格障害など責任能力上の疑義が生じる診断については、審判時の地方裁判所でのカンファレンス等を通じて十分な議論が必要と考えられた。また重複診断の存在は、その有無のみの比較では、入院期間への影響は与えていなかったが、治療の組み立て方、治療反応性の判断に影響を与えていると考えられ、かつ地域移行後の治療の支援の在り方にも大きく影響を与えると考えられた。よって重複（従）診断がなされることが多かった物質関連障害、広汎性発達障害、精神遅滞、てんかん

いし器質性精神障害の診断の有無についての検討は、指定入院医療機関にてスクリーニングに近い意識でなされるべきであり、かつその診断後に行われる治療プログラムの共有が急がれると考えられた。

また対象行為が病院内殺人および病院内傷害致死の事例について、平成21年7月15日までの968人の入院対象者を母数とした全数調査をおこない、13件の入院があった。これら事例は治療反応性と社会復帰阻害要因との関係について議論を尽くす上で象徴的な群であり、社会復帰阻害要因の吟味と対象行為と症状の関係について十分な検討がなされ、治療反応性の検討が十全に行われる必要があるため、今後、更なる詳細な検討を行う必要があると考えた。

また対象行為が性犯罪であるもの（強姦と強制わいせつ）について、平成21年7月15日の時点まで968人の入院対象者を母数とした全数調査を行い、49件の入院があった。また対象行為が性犯罪である入院者は、1施設あたり0～7人であり、該当する対象者が1人もいない施設もあった。そのため各施設が少ない面前の対象者をもとに、独自に治療反応性の判断などのアセスメントや、必要な治療プログラムの開発を行っているのが現状であった。すなわち自施設での治療経験だけでは、全体を推測して議論することは困難であり、アセスメントの在り方について、共通の指標をもち、治療技法についての共有が必要であると考えられた。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

1. 論文発表

なし



## 2. 学会等発表

- (1) 第24回法と精神医療学会 2010.3 京都市 シンポジウム：医療観察法の現況と課題、来住由樹
- (2) 精神保健指定医講習会 2009.12 京都市 心神喪失者等医療観察法、来住由樹
- (3) 判定医等講習会 2009.8 大阪市 広汎性発達障害と医療観察法、来住由樹

資料1 指定入院医療機関調査用紙(平成 21 年 7 月 15 日付け)

	施設番号			
	主診断	記入例	事例 1	事例 2
	年齢			
	性別			
審判決定書きによる	診断名(ICD10)			
	重複障害			
入院医療機関による	診断名(ICD10)			
	重複障害			
	対象行為			
重複障害	主診断 F□□. □	F20. 0		
	精神遅滞 (あり・なし)	あり		
	精神遅滞 F□□. □	F70. 0		
	広汎性発達障害 (あり・なし)	あり		
	広汎性発達障害 ICD10 F□□. □	F84. 5		
	物質関連障害 (あり・なし)	あり		
	物質関連障害 ICD10 F□□. □	F10. 1		
	人格障害 (あり・なし)	なし		
	人格障害 F□□. □			
	F4 障害 (あり・なし)	なし		
	F4 障害 ICD10 F□□. □			
	F0/G4 障害 (あり・なし)	あり		
	F0/G4 障害 ICD10 F/G□□. □	G40. 2		
	処方調査	身体合併症 (あり・なし)	なし	
身体合併症診断 第一疾患		高血圧		
身体合併症診断 第二疾患		なし		
クロザピン投与を考慮すべきケースか				
指定入院医療機関同士の	入院決定日			
	医療観察法病棟入院日			
	当該施設への転入院日			
	当該施設からの転出日			
	転出先または転入元			
	回復期ステージ移行日			
	社会復帰期ステージ移行日			
	退院決定日			
	現在の処遇			
	入院日数			
	共通評価項目 初回&・6カ月& 21年7月15日	精神病症状		
非精神病性症状				
自殺企図				

資料 2

## 対象行為が病院内殺人・傷害致死事件に関する調査

施設番号 ( )

平成 21 年 7 月 15 日時点での入院事例、および同日までにすでに退院・転院した事例も含めてください。

1. 対象行為が①精神保健福祉法での入院中に生じたもの (外泊・外出中を含む)

		有無	件数
病院内殺人	既遂	有・無	有の場合の件数 ( 件)
	未遂	有・無	有の場合の件数 ( 件)
病院内傷害致死	既遂	有・無	有の場合の件数 ( 件)

対象行為が②一般科に入院中に生じたもの (外泊・外出中を含む)

		有無	件数
病院内殺人	既遂	有・無	有の場合の件数 ( 件)
	未遂	有・無	有の場合の件数 ( 件)
病院内傷害致死	既遂	有・無	有の場合の件数 ( 件)

2. 一症例ごとに記録用紙に記載ください。

① 病院内殺人事例 (症例 ) : 以下個票を記載ください。2 例以上あればコピーをしてお使いください。

ア) 施設番号 ( ) と症例番号 ( )

イ) ①精神保健福祉法での入院中、②一般科に入院中

ウ) 病院種類 精神科単科病院・総合病院精神科

エ) 事例の概要 (200 字程度)

オ) 今後の見通し、または転帰

## 3. 性犯（強制わいせつ・強姦）に関する調査

施設番号（ ）

平成 21 年 7 月 15 日時点での入院事例、および同日までにすでに退院・転院した事例も含めてください。

1. 対象行為が性犯（強姦・強制わいせつ）である事例についてお答えください。

		有無	件数
強姦	既遂	有・無	有の場合の件数（ ）件
	未遂	有・無	有の場合の件数（ ）件
強制わいせつ	既遂	有・無	有の場合の件数（ ）件
	未遂	有・無	有の場合の件数（ ）件

2. 一症例ごとに記録用紙に記載ください。

② 強姦事例（症例 ）： 以下個票を記載ください。2 例以上あればコピーをしてお使いください。

ア) 施設番号（ ）と症例番号（ ）

イ) 被害者の年齢（ ）才（1 才単位）

ウ) 被害者の性別 男・女

エ) 事例の概要（200 字程度）

オ) 症状と対象行為との関係

カ) 行った治療の内容と効果、課題として残った（っている）こと。

② 強制わいせつ： 以下個票を記載ください。2 例以上あればコピーをしてお使いください。

ア) 施設番号（ ）と症例番号（ ）

イ) 被害者の年齢（ ）才（1 才単位）

ウ) 被害者の性別 男・女

エ) 事例の概要（200 字程度）

オ) 症状と対象行為との関係

カ) 行った治療の内容と効果、課題として残った（っている）こと。

平成 21 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）

分担研究報告書

共通評価項目の信頼性・妥当性に関する研究（1）

～暴力のリスクアセスメント研究および共通評価項目の背景と妥当性に関する議論

執筆担当者：壁屋 康洋 独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター

高橋 昇 独立行政法人国立病院機構花巻病院

研究協力者：

山本 哲裕（独立行政法人国立病院機構東尾張病院）  
大原 薫（独立行政法人国立病院機構さいがた病院）  
西真 樹子（独立行政法人国立病院機構菊池病院）  
中川 桜（独立行政法人国立病院機構榊原病院）  
宮田 純平（岡山県精神科医療センター）  
前上里康史（独立行政法人国立病院機構琉球病院）  
古村 健（独立行政法人国立病院機構東尾張病院）  
中村美智子（独立行政法人国立病院機構東尾張病院）  
野村 照幸（独立行政法人国立病院機構さいがた病院）  
比嘉麻美子（独立行政法人国立病院機構琉球病院）  
喜如嘉紗世（独立行政法人国立病院機構琉球病院）  
横田 聡子（独立行政法人国立病院機構小諸高原病院）  
山下 泉（独立行政法人国立病院機構小諸高原病院）  
東海林 勝（独立行政法人国立病院機構下総精神医療センター）  
辰野 陽子（独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター）  
今村 扶美（国立精神・神経センター病院）  
箕浦 由香（群馬県立精神医療センター）  
岡田 秀美（群馬県立精神医療センター）  
小片 圭子（群馬県立精神医療センター）  
松下 亮（独立行政法人国立病院機構さいがた病院）  
磯川 早苗（地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪府立精神医療センター）  
堀内 美穂（独立行政法人国立病院機構下総精神医療センター）

高橋 紀子（独立行政法人国立病院機構花巻病院）  
小川 佳子（独立行政法人国立病院機構久里浜アルコール症センター）  
大賀 礼子（独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター）  
小川 歩（独立行政法人国立病院機構下総精神医療センター）  
砥上 恭子（独立行政法人国立病院機構菊池病院）  
西村 大樹（岡山県精神科医療センター）  
須賀 雅浩（独立行政法人国立病院機構久里浜アルコール症センター）  
荒井 宏文（独立行政法人国立病院機構北陸病院）  
深瀬 亜矢（独立行政法人国立病院機構北陸病院）  
大岩 三恵（独立行政法人国立病院機構久里浜アルコール症センター）  
林 聖子（地方独立行政法人静岡県立病院機構病院静岡県立こころの医療センター）  
柿田 知敏（長崎県立精神医療センター）  
常包 知秀（独立行政法人国立病院機構鳥取医療センター）  
川田加奈子（独立行政法人国立病院機構鳥取医療センター）  
山下 豊（鹿児島県立始良病院）  
笠井 正一（山梨県立北病院）  
小原 昌之（茨城県立友部病院）  
田桑 誠（山形県立鶴岡病院）  
菊池安希子（国立精神・神経センター精神保健研究所）

研究要旨

医療観察法医療において鑑定・入院・通院の全てにおいて用いられている共通評価項目は、尺度としての信頼性・妥当性の検討が未だなされていない。本研究では共通評価項目の信頼

性・妥当性を検証し、統計的な信頼性・妥当性の担保された尺度へと改訂を進めることとした。

リスクアセスメント研究の発展を振り返ると、「暴力は予測できるのか?」という議論が出発点になっており、そこから1) 臨床家の判断(第1世代)があり、それがBaxstrom研究等から当たらないという結論に達する。2) 次に暴力する人とならない人の違いは何か? リスクファクターは何か? という点に議論が移る。3) 更にリスクファクターの組み合わせによって、暴力を予測するツールの作成という流れで発展している。海外では上記の流れでリスクアセスメント研究がなされているが、本邦では未だ上記2の段階にあり、ツールの作成にまでは至っていない。

共通評価項目の背景と妥当性に関して、指定入院医療機関の臨床心理技術者により検討し、共通評価項目の妥当性を研究する前提として、「共通評価項目は何を測っているのか?」という問いから逆に「共通評価項目で何を測りたいのか?」つまり「我々の共通評価項目に対するニーズは?」という点に関して参加者の意見を出した。そこでは①多職種による治療の共通言語として、②リスクかニーズか、③評価のターゲットを何におくかといった点に関する意見が多く挙げられた。

評定者間信頼性の検討は、入院時(急性期)、回復期移行時、社会復帰期移行時、退院時の4つの治療ステージに分散された20事例を26名の評定者が共通評価項目を評定し、Kendallのw係数による評定者間一致度を算出することにより行った。なお、評定を行った臨床心理技術者は、医療観察法病棟の開始前の研修において共通評価項目に関する14時間のワークショップを受講していることを条件とした。その結果「共感性」、「ストレス」、「治療効果」の3項目は0.6未満の一致度であったが、他の下位項目はWt0.6を上回り、十分な評定者間一致度が得られた。

次年度以降評定事例数を増やして評定者間信頼性の検証を進めるとともに、妥当性の検証を進める必要がある。

## A. はじめに

医療観察法医療において鑑定・入院・通院の全てにおいて用いられている共通評価項目は、HCR-20等をベースに作られているが、尺度としての信頼性・妥当性の検討が未だなされていない。法施行から4年が過ぎてデータが蓄積されているところでもあり、本研究では共通評価項目の信頼性・妥当性を検証し、統計的な信頼性・妥当性の担保された尺度へと改訂を進めることを目的とする。本論ではその第一歩として、まず共通評価項目の基盤となっているリスクアセスメント研究の

流れをレビューする。第二に班会議において指定入院医療機関の心理士21名によって「共通評価項目の妥当性とは?」という課題から、「我々が共通評価項目に求めるものは何か」というテーマについて議論した内容を示す。第三に評定者一致度の検証を行う。これらを踏まえ、次年度以降の共通評価項目の信頼性・妥当性の検証へと発展する礎としたい。

## B. 暴力のリスクアセスメント研究のレビュー

### 1) 海外での研究動向

共通評価項目は、その成立過程からHCR-20

等のリスクアセスメントツールをその基盤としながら、リスクアセスメントツールとして位置付けられていない。そこには政治的な背景もあるが、医療観察法医療の目的に「同様の行為の再発の防止」（医療観察法第一条）、即ち暴力リスクの低下を含む限り、リスクの評価が求められているのではなかろうか。

国会図書館で「リスクアセスメント」の論文を検索すると、労務災害、化学物質に関するものが大半で医療分野では感染、褥創などが検出される。「暴力」&「リスクアセスメント」で検索すると、2003年から4件。それ以前は0件である。一方、Google Scholarで“violence” & “risk assessment”で検索すると2008年だけで2420件検出される。そのうち日本語論文は1件であり、海外では暴力のリスクアセスメントの研究が盛んである一方日本ではまだまだ少ないと言えよう。

海外の研究の流れを紐解くと、暴力のリスクアセスメントは、欧米では数十年前から保険数理的（actuarial）尺度の研究（Burgess, 1925）はあったが、専門家による臨床評価が主流であった。リスクアセスメント研究で1つのメルクマールとなっているのがBaxtrom研究（Steadman & Coccozza, 1974）である。これは1966年に危険性を根拠に強制入院させられていたBaxtrom氏の訴えから裁判が起こされた結果、同様に入院させられていた966人の患者も同時に退院になったというものである。この時の退院者を追跡調査した結果、4年間の追跡で2%が暴力犯罪を起し、20%が軽微な犯罪を起していた。他害行為を起す危険性が高いとして評価されたために入院が維持していたわけであるから、この追跡調査の結果は臨床家による再犯予測が当たらないということを示唆する結果になった。この研究から臨床家による危険性評価の予測精度の問題が研究の俎上に上がり、「精神科医

や心理士による予測は3回に1回しか当たらない」（Monahan, 1981）という結果も示された。

その後海外のリスクアセスメント研究の流れは、再犯予測要因の調査へと進んだ。例として挙げると、Walker, Hammond, Steer（1967）は1947年に有罪判決を受けた人を11年間追跡調査した。その結果2度の暴力犯の前科がある45人のうち45%が再犯、4回以上の前科のある11人の55%が再犯があったため、犯歴は暴力の再犯の予測因子という結論が導き出された。またNuffield（1982）は2475人を3年間追跡調査し、最初の有罪判決のときの若さ、暴力犯での過去の有罪判決、性犯でない暴行の過去の有罪判決、逃亡歴、5回以上の禁固刑、最近の暴力犯、性犯、不法な火器所有、釈放時の若さが、再犯を予測する変数として重みづけられた。

その後海外の研究の流れはリスクアセスメントツールの開発へと進む。「第2世代」と呼ばれる保険数理的（actuarial）ツール、即ち個人の変数の組み合わせによって、データを蓄積した集団との比較で個人のリスクを評価するツール（VRAG、ICTなど）が開発された。ツールの予測精度はROC曲線下面積（AUC）によって評価され、この方法によるとベースレートの影響を受けにくいとされる。AUCはカットオフ値をずらしたときのヒット率（再犯を正しく予測した）とフォールスアラーム率（間違って再犯すると予測した）の推移をプロットしたグラフを描き、（ROC; Relative Operating Characteristic）カーブの下の面積=AUC（Area Under Curve）が広いほど評価法の精度が高いとされ、AUCは0.5～1.0の値をとる（全く偶然で半分=0.5になる）。これらリスクアセスメントツールに関しては安藤（2003）による優れたレビューが公刊されており、PCL-R、VRAG、HCR-20、LSI-R、ICTが紹介されている。ま

た2004年の松下班報告書（触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価、治療、社会復帰等に関する研究）にも触れているためここでは割愛し、安藤（2003）によるレビュー、また前出の松下班報告書において欧米のリスクアセスメントツールをレビューした2003年以後の研究について抜粋する。

2003年以後も保険数理的（actuarial）リスクアセスメントをめぐる議論がカナダの研究者を中心に続いている。Hartら（2007）は「保険数理的尺度で個人を評価すると95%信頼区間の値が広すぎ、実質的に意味をなさない」と保険数理的尺度を批判し、それに対してHarrisら（2007）は「信頼区間の利用の仕方が間違っている。フォールス・ポジティブとフォールス・ネガティブの数の問題であり、尺度の限界はあるが、何も用いないよりはるかに良い」といった反論を展開している。またVRAGの研究は開発時の対象とは異なった対象での検討に推し進められており、「保険数理的尺度は特定のサンプルに最適化されている」という批判に対する耐え得るものとなってきている。

また2007年3月には沖縄でUrbanik,F、Endrass,J.らによる国際シンポジウムが開催され、スイスのリスクアセスメントツール、FOTRES（Forensic Operationalized Therapy/Risk Evaluation System;Urbanik,2007）が紹介された。これは書類情報から700項目3要素（再犯の構造的リスク、リスク傾向の変異性、リスクの動的な軽減度）を5段階で評価し、その結果アセスメントと処遇指針がWeb上のソフトから作成されるというものである。

以上のリスクアセスメント研究の発展を振り返ると、「暴力は予測できるのか?」という議論が出発点になっている。そこから1)臨床家の判断（第1世代）があり、それがBaxtrom研究等から当たらないという結論に

達する。2)次に暴力する人としらない人の違いは何か?リスクファクターは何か?という点に議論が移る。3)更にリスクファクターの組み合わせによって、暴力を予測するツールの作成、特に第2世代と呼ばれるActuarial Risk Assessment（保険数理的尺度）の作成が進められ、VRAG、ICT（COVR）等が開発される。4)そして保険数理的尺度への批判が生じ、「尺度を開発した際の集団に最適化されており、他の集団には使えないのでは」「予測ができて治療に役に立たない」という議論からempirical guided clinical judgment（第3世代）であるHCR-20、FOTRES、LSI-Rの開発へと進んでいる。しかしながら保険数理的尺度が完全に否定されて第2世代→第3世代と移ったわけではなく、LSI-Rの元となった構造的臨床評価尺度のLSIの方が他の保険数理的尺度よりも古い。また保険数理的尺度（第2世代）、実証データに基づく臨床判断（第3世代）ともにサンプルを変えて妥当性研究を広げており、保険数理的尺度と臨床評価の議論は続いている。これらリスクアセスメントツールの発達の基礎に統計手法の発達があり、ROC等の統計手法が発展したことによってツールの開発が進んだ面がある。

## 2) わが国での研究

次に国内での研究を概観するが、冒頭に述べたように欧米に比べ、日本国内での研究は少ない。特にカナダでのリスクアセスメント研究は盛んで、VRAG、PCL-R、HCR-20は全てカナダで作られ世界中に広まっている。この点について2005年のPCL-Rワークショップの折にHare,R.に尋ねたところ、それは法体系の違いによるところが大きく、アメリカは州ごとに法律が違うが、カナダは全国統一でデータを集積する仕組みがある。だからカナダでリスクアセスメント研究が進む、とのことであった（Hare,2005私信）。一方でわが国で



は、犯罪白書によって毎年統計的な情報は公開されるが、再犯の要因分析まではなされておらず、一般の犯罪者および触法精神障害者の再犯リスクに関する研究は多くない。

まず触法精神障害者の再犯リスクに関する研究では、山上ら（1995）による触法精神障害者の追跡調査が最も大規模で最も貴重な研究と言えよう。山上ら（1995）は1980年1年間に、日本で犯罪を起こしながら精神障害者であることを理由に不起訴処分を受けたり、あるいは裁判所で刑の減免を受けた触法精神障害者946例を11年間追跡調査し、診断分類・罪名・再犯率・再犯事例の特徴などを統計的に記述した。その結果は様々な統計量の算出がなされているが、以下に抜粋する。

再犯事例数：207/946　うち105例は再犯時に完全責任能力

障害名別再犯率は、統合失調症：15.5%、気分障害：11.0%、AI中毒：30.6%、覚せい剤中毒：66.0%

殺人・放火事例の触法精神障害者と一般犯罪者の比較では、殺人を犯した者が再犯をする割合（カッコ内は再犯罪状が殺人のもの）

精神障害者：6.8%（2.0%）

一般犯罪者：28.0%（1.7%）　大部分は覚せい剤取締法など軽犯罪で占められている。

放火を犯した者が再犯をする割合（カッコ内は再犯罪状が放火のもの）

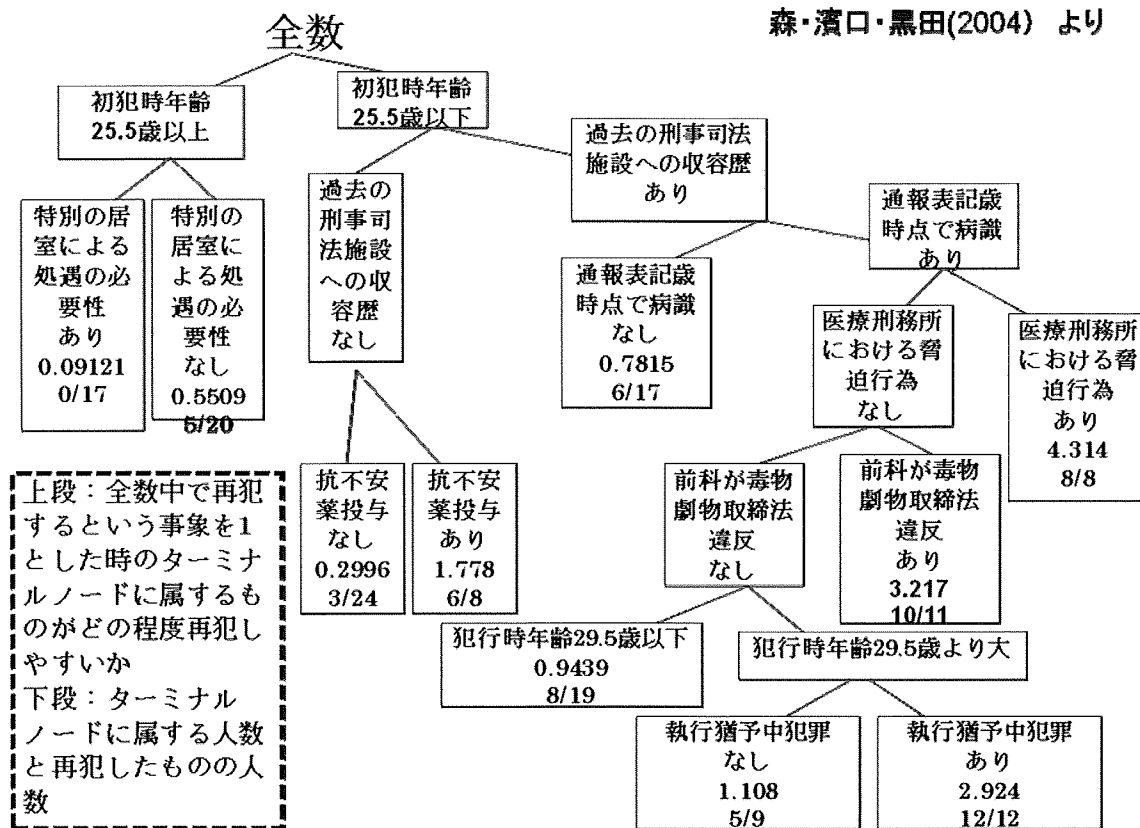
精神障害者：9.4%（1.5%）　一般犯罪者：34.6%（8.6%）

吉川（1995）は上記の山上ら（1995）の研究グループで、同じサンプルから統合失調症殺人事例の単発型と反復型の比較を行っている。1980年の統合失調症殺人犯110名を11年間の追跡調査期間の再犯によって「単発型」80名と「反復型」30名に分類し、ロジスティック回帰分析により単発型と反復型の予測モデルを作成した。その結果、予測モデルに採用された変数は性別（男性）、被害者（子）、

被害者（無関係）、病前の反社会的行為、アルコール嗜癖、犯行前の入院月数1（16.3ヶ月未満）、犯行前の入院月数2（36.4ヶ月未満）、妄想体系の8つであり、このモデルで予測確率.50をカットオフ値にとると単発型の80例中71例を、また反復型の30例中20例を正しく予測することができた。

触法精神障害者でも、責任能力が認められ、医療刑務所で受刑した者を対象にした研究が森・濱口・黒田（2004）によってなされている。森・濱口・黒田（2004）は1996～2001年に医療刑務所を出所した精神障害を有する受刑者145名（1医療刑務所を出所した精神障害を有する者の全数）を追跡し、2003年6月までに再収容されたか調査（素再犯率43%）した。また人口統計学的変数、犯罪学的変数、収容中の動静を示す変数、医学的変数、精神症状を表す変数、26条通法に関連する変数など計295の変数について遡及的に調査し、生存曲線と樹形モデルによる分析を行い10グループに分割することで、医療刑務所出所者の相対リスク樹を作成した（図1）。森・濱口・黒田（2004）は樹形モデルの分岐条件になった9変数の1つ1つについて考察を加えている。著者らも注目していたが、統計上、診断・精神症状は分岐条件とはならなかった。またこの樹形モデルの作成から、アセスメントツールの作成までは行っていない。

触法精神障害者ではなく、一般受刑者の再犯要因研究もわが国では少ないながらも行われている。長岡ら（1988）は54項目の変数をAIC（Akaike's Information Criterion）に基づく解析により、情報量で順位付けを行った。その結果①再犯期間、②本件主要罪種、③前件主要罪種という順に再犯に影響の強い要因とされた。また大槻（1990）は多数回受刑者と1回限りの受刑者の比較を行った。その結果、窃盗多数回受刑者の特性として、家



上段：全数中で再犯するという事象を1とした時のターミナルノードに属するものがどの程度再犯しやすいか  
 下段：ターミナルノードに属する人数と再犯したものの人数

図1 森・濱口・黒田 (2004) による樹形モデル

族関係で困り者と見放され者、犯行動機で利欲、無職、少年院歴、住所不定があり、詐欺多数回受刑者の特性として無銭詐欺、家族の困り者、無職といったものが挙げられた。

2005年には受刑者処遇法が定められ、一般犯罪者の再犯防止教育が刑務所に課せられるようになったが、その準備として性犯罪のリスクアセスメント等が本邦で開発された（性犯罪者処遇プログラム研究会,2006）。リスクアセスメントであるRAT2005と、ニーズアセスメントであるNAT2005である。これらはそれぞれStatic99、SORAG、MnSOST-RおよびStable2000をベースに作られているが、RAT2005、NAT2005としての標準化研究は未だなされていないようである。

また少年非行におけるリスクアセスメントの研究では、高野ら（2005）が136項目からなる再犯チェックリストの試作、Evidence-

basedを目指したツールの作成を行い、再犯群19名と非再犯群23名とを比較している。性非行のリスクアセスメントでは大江ら（2007,2008）が日本語版J-SOAP-IIの作成とクラスター分析を行い、群間比較を行っている。J-SOAP-IIの評定者間信頼性は $\kappa=0.73\sim0.94$ 、平均 $\kappa=0.83$ であり、高い評定者間一致度を示している。また尺度1～4の内的一貫性 $\alpha=0.62\sim0.81$ であり、信頼性の検証が成功していると言える。J-SOAP-IIは静的要因と動的要因を含み、“empirically guided clinical judgment” 「第3世代」として作成されている。

まとめると日本でも司法精神科領域でのリスクファクターの研究はいくつかあるが、ツールの開発に関する研究はない。少年非行の領域、成人の性犯罪の領域（RAT）ではアセスメントツールが開発されているが、ROC

を使った再犯予測の研究は国内には見当たらない。信頼性・妥当性の検証は十分とは言えず、尺度の標準化が課題となっている。

### C. 共通評価項目の背景と妥当性に関する議論

さて、ここまで国内外のリスクアセスメント研究について概観してきた。共通評価項目は平野班（触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価、治療、社会復帰等に関する研究：松下班報告書,2004）が中心になって作成し、厚労省のガイドラインとの関係もあって全国の医療観察法指定入院医療機関、指定通院医療機関、医療観察法鑑定等で使用されているものであるが、共通評価項目は上述のようなリスクアセスメントを基礎に作成されながら、リスクアセスメントツールではない。つまり治療上必要な部分に焦点を当てるため、過去の不変な要因を除いたこともあって、単独でリスク評価をしたり、再犯予測をすることはできない。むしろ医療観察法は再犯予測をするのか、という点は政治的な議論にもなったポイントであり、現在まで厚労省としては再犯予測をしないという立場に立っている。そのため共通評価項目は再犯予測をするツールでなく、また再犯予測をする能力もない。対象者のリスクファクターとなり得る要因に焦点を当てて評価しつつ、同時に多職種のディスカッションの材料として使用して治療を構造化する共通言語としてのツールでもある。治療のニーズを評価するツールとしての意味合いもあるが、尺度としての性質が多様かつ曖昧であるとも言える。尺度の信頼性・妥当性を検証するという時に、信頼性として評定者間一致度の検証が必要であることは明らかだが、妥当性は何を基準として評価するべきか。今年度に全国の指定入院医療機関の心理療法士を集めた班会議を2度行ったが、その中で妥当性の検証方法を討論し

た。そこで共通評価項目の妥当性、即ち「共通評価項目は何を測っているのか?」という問いから逆に「共通評価項目で何を測りたいのか?」つまり「我々の共通評価項目に対するニーズは?」という問いを起し、会議に参加した21名の心理療法士からの意見を求めた。その場で多くの意見が出たが、意見の主題を大分すると①多職種による治療の共通言語としての意義、②リスクかニーズかという論点、③評価のターゲットを何におくか、の3つに關しての意見が多く得られた。その結果を表1に記載する。

表1に示した議論から、共通評価項目はリスクアセスメントツールではないとは言え、対象者を守るためにもリスクの評価は重要であり、それは治療のニーズにつながる。共通評価項目はリスクやニーズを測るものとしての意義も重要である。また多職種チームで治療にあたる時の共通言語としての意味も大きく、多職種が情報を出し合って共有するツールという役割も果たしていると言える。この議論によって、共通評価項目が当初期待していた目的を一定程度果たしていることが推察されたが、一方で尺度としての妥当性も必要である。この議論から妥当性の検証方法自体を決定するまでには至らなかったが、今後の継続研究にて妥当性の検証を推し進めたい。

### D. 評定者間信頼性の検討

ここまで、リスクアセスメント研究の概観、および共通評価項目の妥当性研究を目的とした、共通評価項目に対するニーズについての議論を紹介した。次に、信頼性および妥当性検証の第一歩として、評定者間信頼性（一致度）の検証を行う。方法としては指定入院医療機関の臨床心理技術者に評定用の事例作成とそれらの事例に対する共通評価項目の個人評定を依頼し、その結果を基に評定者間一致度を算出した。

表1 班会議で指定入院医療機関心理士21名から挙げられた意見

<p>① 多職種による治療の共通言語として</p>	<p>「共通評価項目は多職種の共通言語として利用している。どこがその人にとって課題になるのか確認するツール。各職種によって知っている情報をすり合わせるツール」  「共通評価項目を使うことでディスカッションできたり、情報がもらえる」  「変化が見えることでスタッフ側のモチベーションにもつながる」  「多職種で項目ごとに状態を話し合うことで、状態把握や確認ができる。他の職種から情報を補ってもらえることができる」  「評価ありきだと苦痛になる。一方で分からない状態で評価すると問題が見えるというメリットがある。一方で時間と労力をかけて評価する意味も考えたい。問題となるポイントが見えるということが評価する意味であり、またそこからマネジメントにつながる。評価に応じたマネジメント法があればより良いものになる」</p>
<p>② リスクかニーズか</p>	<p>「共通評価項目で評価している点がリスクなのかニーズなのかという問題があるが、リスクだったら社会のためのもの、ニーズだったら患者のためのもの。研究するからには患者のために役に立つものと言いたい」  「法の目的に他害行為の再発を防ぐということが含まれている。他害行為の再発を防ぐことは対象者を守ることにもつながり、同時に社会の要請に応えることになる。共通評価項目が他害行為のリスク（ニーズ）を抑えないものになってしまっは、何が抑えるのか？」  「リスクとニーズという議論があるが、対象者にとっての最大の不利益は再他害行為によって生活が壊れること。リスクとニーズは共通している部分もある」</p>
<p>③ 評価のターゲットを何におくか</p>	<p>「共通評価項目は全体としては医療観察法のツールと言える。地域でうまくやれているかどうか、あるいは自傷他害や地域滞在日数を反映できると良い」  「共通評価項目の妥当性があったら良いポイントとして、通院をちゃんとできている、地域で生活できているといったことがあれば」  「再他害行為のリスクは無視できない。地域滞在、再入院を加味する必要もある」  「全体として 地域滞在日数、再発、措置入院を予測できれば良い」  「患者さんの視点での研究がないと第5回司法精神医学会でのコメントもあったが、患者さんの視点での研究を進める必要がある。患者さん自身の満足・不安・自信・効力感なども反映できると良い」</p>
<p>その他</p>	<p>「多職種のツールなので他職種も加わってもらえるべきなのは」  「項目ごとに職種の得意分野が出る。また他にも心理士が研究・開発して看護師等が使っている尺度もある。心理士が研究しているからといって心理士だけのツールとはならないのでは」  「信頼性や妥当性が確立されてしまうと、研究者がそう意図しなくても、共通評価項目濫用する人が現れてしまうという不安を訴える声もあるが、心理測定的に研究されないまま使われるのは問題。指標なしに入院が長期化するのも問題で、根拠のある指標を使いながら、共通言語として使っていくことが望ましい」  「評価尺度の妥当性を検証し、対象者の状態をきちんととらえるということと同時に先の治療に生かすということも大事」  「下位項目の併存妥当性の評価もすべき」</p>