

2015/6036B

平成25年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）  
医療観察法対象者の円滑な社会復帰に関する研究【若手育成型】

# 医療観察法指定医療機関ネットワークによる 共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究

平成25～27年度総合研究報告書

平成28年（2016年）3月

研究代表者 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 臨床研究部  
独立行政法人国立病院機構 榊原病院 心理療法室

平成25年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合 研究事業）  
医療観察法対象者の円滑な社会復帰に関する研究【若手育成型】

# 医療観察法指定医療機関ネットワークによる 共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究

平成25～27年度総合研究報告書

平成28年（2016年）3月

研究代表者 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 臨床研究部  
独立行政法人国立病院機構榊原病院 心理療法室

# 目 次

研究要旨 .....	1
第 1 章 共通評価項目の成立と現状の問題点 .....	4
付表 1 共通評価項目初版 .....	7
付表 2 共通評価項目初版の課題と第 2 版への変更点 .....	24
付表 3 共通評価項目第 2 版 初版からの変更理由付 .....	26
第 2 章 共通評価項目第 2 版の研究結果と第 3 版への改訂 .....	45
付表 4 共通評価項目第 3 版 .....	68
第 3 章 共通評価項目第 3 版の臨床利用の利点 .....	91
第 4 章 G A F、I C F による問題事象予測の一覧 .....	97
第 5 章 通院移行時の居住地、診断分類、対象行為による問題行動・暴力の予測 .....	102
健康危険情報、研究発表、知的所有財産の登録・出願状況 .....	108
研究成果の刊行に関する一覧表 .....	110
研究成果の刊行物・別刷 .....	111

研究要旨：

1. 研究目的

共通評価項目は 2008 年 4 月から第 2 版が医療観察法医療において鑑定・入院・通院の局面で一貫して全国で用いられているが、標準化がなされていない。本研究の目的は共通評価項目第 2 版の信頼性と妥当性の研究を進め、信頼性と妥当性の担保された尺度として改訂することである。これまで研究代表者らは評定者間信頼性、構成概念妥当性、収束妥当性の検討を行ってきたが、平成 25 年度から 27 年度までの 3 ヶ年により、以下の過程で改訂版を作成することを目的としている。

①入院処遇から通院処遇に移行した後の暴力、問題行動等についての予測妥当性の研究を行い、共通評価項目 17 中項目と 61 小項目の予測力を明らかにする

②院内暴力、院内自殺企図について共通評価項目の各項目の予測力を明らかにする

③退院後の問題行動や暴力、自殺企図、また院内暴力を予測するための項目の構成を探索する

④第 3 版草稿を作成し、多職種チームによるベータテストを行う

⑤作成した第 3 版草稿の評定者間信頼性の検証を行う

以上のプロセスをもって、信頼性と妥当性の担保された尺度として、共通評価項目第 3 版を作成することが本研究の目的である。

2. 研究方法

①2008 年 4 月 1 日～2012 年 3 月 31 日の期間に入院決定を受けた対象者であり、2013 年 10 月 1 日までに退院し、通院処遇となった対象者である。研究協力が得られ、データが収集できた 22 の指定入院医療機関からの 373 名分のデータを用い、各項目の予測力の検討を COX 比例ハザードモデル等で行った。

②前記の対象に、2013 年 10 月 1 日時点で入院継続中であった事例を合わせた 572 名分のデータを用い、各項目の予測力の検討を COX 比例ハザードモデル等で行った。

③上記①②の結果をもとに、高い AUC が得られる項目の組み合わせを探索した。

④これまでの研究結果を踏まえて医師、看護師、作業療法士、精神保健福祉士、臨床心理士の 5 職種により協議し、第 3 版草稿を作成してベータテストを行った。

⑤第 3 版草稿について伝達研修を行い、評定用事例 48 例の作成ならびに評定を通じ、評定者間信頼性 (ICC(2, 1)) を算出した。

3. 研究結果及び考察

①【精神病症状】【内省・洞察】等、通院移行後の問題行動や暴力に関連しない項目と、【衝動コントロール】【生活能力 4】家事や料理】等、通院移行後の問題行動や暴力に関連する項目とが

明らかになった。

②入院中の暴力や自殺企図に関連する項目も明らかにすることができた。

③【衝動コントロール】【衝動コントロール1) 一貫性のない行動】【非精神病性症状3) 怒り】【生活能力4) 家事や料理】【物質乱用】【非社会性9) 性的逸脱行動】【個人的支援】の合計により通院移行後の問題行動や暴力を AUC0.7 以上の制度で予測することが可能となった。

④第3版により、評定が第2版よりスムーズに行えることが確認された。

⑤共通評価項目第3版は高い評定者間信頼性が維持されていることが確認された。この第3版により、科学的裏付けを持った尺度として共通評価項目を編成することが可能となった。

以上の研究結果から共通評価項目第3版を完成させることができ、それまでの共通評価項目は信頼性・妥当性が十分でなかったが、本研究によって作成された第3版を用いることで、科学的な裏付けの担保された尺度を全国の医療観察法医療で使用可能となる。

また、本研究初年度に収集したデータを用い、退院申請時の GAF、ICF の各項目による通院移行後の自殺企図、暴力、問題行動の予測力についても検証を行ったため、生活機能の中で暴力等の問題行動の防止要因となるものを見出すことができた。同様に通院移行時の居住地、診断分類、対象行為と通院移行後の暴力や問題行動との関連を検証することができた。

#### 4. 本報告書の構成

本報告書はこれまでの研究結果を概括するものとして、全5章と4つの付表とで構成した。

第1章には医療観察法成立直後の共通評価項目の開発と、2008年の第2版への改訂までのプロセスを示し、併せて共通評価項目初版、初版の課題と第2版への変更点、第2版を付表として示した。

第2章には本研究の3ヶ年の前に行われていた研究と本研究1年目、2年目の共通評価項目第2版の信頼性と妥当性に関する研究結果を下位項目ごとにまとめて示した。更に第3版の作成ならびに第3版の評定者間信頼性の研究結果を示しており、本研究の中心部分を概括した。併せて共通評価項目第3版を付表として示し、更に第3章には第3版に移行することにより、臨床での評価と治療がどのように変化するか、仮想事例を通じて示した。

第4章には本研究で解析した退院申請時の GAF、ICF の各項目による通院移行後の自殺企図、暴力、問題行動の予測力の結果を示し、第5章には通院移行時の居住地、診断分類、対象行為と通院移行後の暴力や問題行動との関連を示した。

本報告書は42編にのぼる共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究を総合し、その結果と成果を示したものである。

研究協力者

砥上恭子（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（国立病院機構花巻病院）

西村大樹（岡山県精神科医療センター）

平林直次（国立精神・神経医療研究センター病院）

永田貴子（国立精神・神経医療研究センター病院）

村杉謙次（国立病院機構小諸高原病院）

下里誠二（信州大学）

三澤剛（国立精神・神経医療研究センター病院）

石井利樹（神奈川県立精神医療センター芹香病院）

瀬底正有（神奈川県立精神医療センター）

山本哲裕（国立病院機構東尾張病院）

古野悟志（国立病院機構久里浜アルコール症センター）

北湯口孝（国立病院機構久里浜アルコール症センター）

竹本浩子（国立病院機構やまと精神医療センター）

小片圭子（群馬県立精神医療センター）

岩崎友明（国立病院機構菊池病院）

松原弘泰（静岡県立こころの医療センター）

天野昌太郎（国立病院機構肥前精神医療センター）

大賀礼子（国立病院機構肥前精神医療センター）

中川桜（国立病院機構下総精神医療センター）

堀内美穂（国立病院機構下総精神医療センター）

横田聡子（国立病院機構小諸高原病院）

占部文香（長崎県病院企業団長崎県精神医療センター）

北靖恵（鹿児島県立始良病院）

古賀礼子（鹿児島県立始良病院）

山下豊（鹿児島県立始良病院）

荒井宏文（国立病院機構北陸病院）

深瀬亜矢（国立病院機構北陸病院）

桑本雅量（山口県立こころの医療センター）

西川啓祐（山口県立こころの医療センター）

松本美奈子（山口県立こころの医療センター）

藤田純嗣郎（滋賀県立精神医療センター）

川地拓（国立精神・神経医療研究センター病院）

福田理尋（岡山県精神科医療センター）

栞原真弓（栃木県立岡本台病院）

前上里泰史（国立病院機構琉球病院）

常包知秀（国立病院機構鳥取医療センター）

田中さやか（大阪府立精神医療センター）

大原薫（国立病院機構さいがた病院）

鈴木敬生（国立精神・神経医療研究センター病院）

今村扶美（国立精神・神経医療研究センター病院）

中尾文彦（国立病院機構やまと精神医療センター）

野村照幸（国立病院機構さいがた病院）

松下亮（国立病院機構さいがた病院）

河西宏実（東京都立松沢病院）

畔柳真理（東京都立松沢病院）

長井史紀（国立病院機構小諸高原病院）

高野真弘（国立病院機構榊原病院）

有馬正道（国立病院機構榊原病院）

藤田美穂（埼玉県立精神医療センター）

笠井正一（山梨県立北病院）

富山孝（茨城県立こころの医療センター）

島田雅美（栃木県立岡本台病院）

山内健一郎（大阪府立精神医療センター）

菊池安希子（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

## 第1章 共通評価項目の成立と現状の問題点

### 医療観察法制度の発足と共通評価項目第1版の成立

「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2005年に施行されてから10年が経過した。医療観察法は2001年に起きた池田小学校事件を契機に国会審議が始まり、2002年からは厚生科学研究「触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価、治療等に関する基礎的研究」(主任研究者:松下正明)<sup>1)</sup>を中心にアセスメント、治療プログラムや研修・教育の準備が始められた。厚生科学研究松下班の下、平野分担班では触法精神障害者のアセスメントを担当し、Iterative Classification Tree (ICT)<sup>2)</sup>、Violence Risk Appraisal Guide (VRAG)<sup>3)</sup>、HCR-20<sup>4)</sup>等のリスクアセスメントおよびPsychopathy Check List – Revised (PCL-R)<sup>5)</sup>のレビューを行い、医療観察法制度で共通して使用する尺度として共通評価項目の案を作成した。共通評価項目の作成過程では、HCR-20等の諸外国で使用され、標準化研究が行われている尺度を使用することも検討されたが、厚生労働省の主導下で使用するため、著作権のある尺度を使用せず、新たな尺度を作成することとなった。また医療観察法の成立過程において再犯の予測ができるのか、という点が問題になったこともあり、リスクアセスメントのためのツールをそのまま使用せず、評価においてリスクが前面に出ることを避けたことも背景にある。平野分担班で共通評価項目の案を作る際は、須藤医師らを中心に、多職種で臨床注目するポイントをピックアップして項目とし、後からHCR-20との比較を行っている。

共通評価項目の案は平野分担班<sup>1)</sup>とは別に、当時の精神保健研究所司法精神研究部の吉川部長らのグループも作成を進めていたが、

吉川部長らの案が完成しなかったこともあり、平野版の案が採用された。また上記の理由からリスクの評価という色合いを薄めるため、共通評価項目からは過去の要因、変化しない要因はすべて排除し、可変な項目だけで構成したが、否定的な側面ばかりアセスメントしていると受け取られないため、更に当時の厚生労働省から【衝動性】を【衝動コントロール】に改める、【反社会性】を【非社会性】に改める等の修正が加えられた。また17中項目とその下の小項目で構成されていた尺度に、「精神医学的要素」「個人心理的要素」「対人関係的要素」「環境的要素」「治療的要素」のカテゴリ分けが大項目として追加された。これに平野班の分担班会議で出された意見を集約して作成されたのが共通評価項目初版である。共通評価項目初版の解説とアンカーポイントを付表1に示す。厚生労働省によるガイドライン<sup>6)</sup>には共通評価項目初版の解説とアンカーポイントから、項目の設定理由等を記載した【解説】の欄を除いたものが掲載され、入院処遇中は毎週、通院処遇中は毎月提出を求められている提出文書の中にも共通評価項目が採用された。共通評価項目初版はネットワーク研究「精神科における多職種診断・評価及び診療支援を目的とする電子カルテの開発」(主任研究者:村上優)と業者との共同開発にて作成された医療観察法診療支援システムに統合され、日々の経過記録入力時にも共通評価項目の下位項目をチェックする仕組みが構築された。こうして7月15日の医療観察法施行からこの共通評価項目初版が使用されることとなった。

共通評価項目第2版への改訂

上記のプロセスで共通評価項目初版の使用が開始され、医療観察法鑑定・入院・通院のそれぞれのガイドラインに規定され、全国で共通して使用された。医療観察法指定入院医療機関が開設する際には精神・神経科学振興財団の主催で2～3週間の開棟前研修が行われるが、それぞれの開棟前研修において2例の個人評定演習、2例のグループ評定演習を含んだ約14時間ずつ共通評価項目の研修を行った。研修では毎回公開講座としてもらい、社会復帰調整官や近隣の指定通院医療機関にも参加を求め、全国への共通評価項目の伝達の間とした。

共通評価項目初版はこのように研修にて伝達しつつ、医療観察法医療の中心となる尺度として全国での運用が続けられた。その一方、共通評価項目は研究会会議でのディスカッションを通して項目を構成していき、すぐに実運用に入っているため、統計的な信頼性・妥当性の検証は行われないままであった。医療観察法医療における臨床の有用性さえも、制度運用開始前に対象と医療を予測して作成したため、検証されない状態であった。よって医療観察法施行から約2年半経過した2007年度末、当時の医療観察法に関わる厚生労働科学研究の合同研究会にて共通評価項目初版の問題点を集約した。この時挙げられた共通評価項目初版の問題点と、研究会会議にてまとめられた対策を付表2に示す。付表2に示す通り、【精神病症状】【ストレス】【コンプライアンス】【治療効果】の4項目を除く13の中項目および評価期間に関して問題点が挙げられ、対策が検討された。付表2に示した問題点では、【生活能力】において「評価のばらつきが大きい」、【非精神病性症状1）興奮・躁状態】や【非精神病性症状2）不安・緊張】において「基準が不明確である」といった問題点も挙げられているが、この時点では評定者間一致度を統計的に調べてはおらず、あくまでも研修会や臨床上での使用での印象レベ

ルのものである。

2008年4月1日時点で付表2に示した変更点に沿って臨床的有用性の観点から改訂を行い共通評価項目第2版とした。共通評価項目第2版の解説とアンカーポイントに、第1版からの変更点と変更理由を記したものを付表3に示す。

共通評価項目第2版は2008年3月に実施された長崎県立精神医療センターの医療観察法病棟開棟前研修から伝達し、また厚生労働科学研究の成果物として5症例とその模範解答を付した研修セットを配布することを通じ、全国の医療観察法関係機関に伝達を進めた。

### 共通評価項目第2版の問題点

既述のように共通評価項目は2005年7月の医療観察法運用開始時点で初版を展開し、2008年4月1日時点から第2版の運用を開始した。しかしながら、共通評価項目第2版には二つの問題点がある。一つは、当初作成した時点で、多職種で臨床注目するポイントをピックアップして項目とし、その上で研究会会議でのディスカッションを通じて修正するというプロセスを辿っており、統計的な検証を行っていないことである。初版から第2版への改訂時にも信頼性や妥当性に関する統計的な解析は行われておらず、標準化がなされていない。厚生労働省の主導によって全国で統一して使用されている尺度でありながら、統計的な裏付けがないことは、尺度が信頼性や妥当性があるか否か分からない状態で使用が続けられているということであり、根拠が希薄な尺度を全国的に使用していると言っても過言ではない。

もう一つは共通評価項目初版が2005年に頒布されたガイドライン<sup>67)</sup>に掲載されている一方、ガイドラインの改訂がなく、2008年4月に共通評価項目が第2版に改訂された以後もガイドラインでは共通評価項目は初版に留まっていることである。そのため、指定

入院医療機関では共通評価項目第2版への改訂が浸透しているものの、鑑定医療機関や指定通院医療機関には第2版が浸透していないこともあり、医療観察法鑑定書は初版の共通評価項目が使用されていることもある。

このような現状から、2009年4月から厚生労働科学研究中島班来住村上分担班の中で共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究を始め、更に2013年から壁屋班として第3版への改訂を目指して研究を進めた。本研究（医療観察法指定医療機関ネットワークによる共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究）の目的は共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究を推し進め、その統計的裏付けをもって第3版へと改訂を行うことである。また共通評価項目の各項目による予測力の検証を通じ、対象者の将来の問題行動に関わる点を明らかにし、治療の焦点化を促すことも目的としている。診療支援システム、研修会等を通じて共通評価項目第3版の頒布を行うのみならず、第2版で得られなかった、ガイドラインへの採用も望まれる。

本研究の3年間において第3版の作成と第3版の評定者間信頼性の検証まで終えることができた。本報告書では次章に共通評価項目第2版の信頼性と妥当性に関する研究の結果と第3版への改訂について記し、その後第3版の利用法について提示する。

## 文献

- 1) 松下正明ら：触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価，治療，社会復帰に関する研究 平成15年度 総括・分担研究報告書 厚生労働科学研究研究費補助金こころの健康科学研究事業：2004.
- 2) Monahan, J. : A jurisprudence of risk assessment forecasting harm among prisoners, predators, and patients. *Virginia Law Review Association*, 92,

391-435 : 2006.

- 3) Quinsey, V.L., Harris, G.T., Rice, M.E., Cormier, C.A.: *Violent Offenders: Appraising and Managing Risk*. American Psychological Association, Washington, D.C. : 1998.
- 4) Webster, C.D., Douglas, K.S., Eaves, D., Hart, S.D., 吉川和男 監訳 *HCR-20*. 星和書店, 東京 : 2007.
- 5) Hare, R.D. 西村由貴 訳 : PCL-R 第2版 日本語版テクニカルマニュアル 金子書房 : 2004.
- 6) 厚生労働省 : 医療観察法入院処遇ガイドライン : 2005.
- 7) 厚生労働省 : 医療観察法通院処遇ガイドライン : 2005.

## 共通評価項目の解説とアンカーポイント（初版）

2005. 5. 19現在

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、裁判所への入院継続申請書の提出期間に順じ、原則として半年とし、半年間の最も悪い状態を考慮して点数化する。入院後の初診時評価に関しては、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半年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半年間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、衒奇性、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. 衒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。時々のお小さな不必要で反復性の運動(手を覗き込む、頭を搔くなど)。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。目的のある活動が増加。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。言語促迫。転導性亢進。多動だが目的の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. 抑うつ気分準じる：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。抑うつの内容が前景。)
- 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. 罪業感準じる：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う。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：ICD-10における解離性障害の診断基準を満たす。なお離人症状はこの項目に含める。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。2 = 軽度以上の知的障害

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) 何の反省も示さない：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めない。表面的でも自分の行為を認め、反省の弁が認められる場合には1点以下とする。2)～3)の項目の特徴が2点に該当する場合にはこの限りではない。
- 2) 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。仮に病識があっても、他害行為を行ったことを否認する場合には2点とする。
- 3) 病識のなさ：自分の精神疾患を否認する。精神疾患と他害行為との関連も認識しない。精神病症状と他害行為が直接的に関連している場合には、疾病の否認があれば2点とするが、精神疾患と他害行為との関連性が間接的な場合は全く病気を否認しても他害行為への内省があれば1点とする。精神疾患と他害行為との関連性によって病識のなさに対する評価が異なることに留意されたい。

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。全ての低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、言うことがすぐ変わる、など一貫性のない行動。例えばすぐに仕事を辞め、引越す、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、行動の結果が自分や他人にどのような結果をもたらすかを、考えることができない。先の予測ができない。目先の利益に目を奪われて、先のことが考えられない。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(例としてサイコパシー)。自分の行動によって他人が被害をこうむっても「あいつは運が悪かったんだ」「自分の知ったことではない」「あいつが〜したのがいけないのだ」「(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サイコパシー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。当該行為については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、通常の生活上の行動パターンを評価する。行動面では以下のような項目がチェックされ、評価の参考とされる。例えば下記項目があれば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、さらず、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、傷つけようと脅すことを含み、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。

サポートには3つの主要なものがある。(1)情緒的サポート～対象者への情緒的支持を与える。(2)道具的(手助け)～物質面、行動面での支援を行う。(3)情報～新しい事実・情報を示すことで援助する。

上記3点を評価し、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

## 1 1. 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で、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。コミュニティによる支援および有害な影響のどちらもない場合は1点の評価とし、サポートがある場合を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。

評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題点あり

## 1 2. 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、どんなストレスラ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、逆に自らストレスラ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スラー、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スラ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スラーがなくとも、ストレス脆弱性が明らかで、日常的なストレスラ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。大きなストレスラーの存在、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、大きなストレスラーの存在、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。