

共通評価項目（第3版）について

①活用編

国立病院機構榊原病院
主任心理療法士
壁屋康洋

本講義の内容

1. 共通評価項目の経緯と目的

活用編

2. 評価時期と項目の解説

評価編



医療観察法第1条

「～その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進することを目的とする。」

両極の理念

人権擁護

ノーマライゼーション



事件の予防

行動制限を極力行わない
できるだけ早期に社会復帰

同様の行為の再発の防止



閉じ込めずに事件を防ぐ

そのためのアセスメント

誰が暴力を振るうのか～暴力のリスクを予測したい

暴力リスク予測の分割

予測の対象は何か？

予測が「当たる」と
はどういうことか？

...2種類の当たりと
はずれ

結果 予測	実際に暴力を した	実際には暴力を しなかった
	真陽性 あたり	偽陽性 はずれ
暴力を すると予測した		
暴力を しないと予測した	偽陰性 はずれ	真陰性 あたり

誰が暴力を振るうのか～暴力のリスクを予測したい

暴力リスク予測の限界

真陽性を増やして
偽陰性（暴力）を
減らそうとするほど

「暴力をする」という
予測を増やすため、
偽陽性（不必要な拘
禁・制限）が増える

結果 予測	実際に暴力を した	実際には暴力を しなかった
暴力を する と予測した	真陽性 あたり	偽陽性 はずれ
暴力を しないと予測した	偽陰性 はずれ	真陰性 あたり

海外のリスクアセスメント研究の転機

- **Baxtrom研究** (Steadman,1973)¹⁾
1966年、危険性を根拠に司法病棟に強制入院させられていたBaxtrom氏の訴え
- 二つのニューヨーク州
の司法病院に入院させられていた
計967人が一般病院へ転院／退院

Researcher’s Dream! (Webtser, C.D.)

- **1966～1970年の4年半追跡**
- 最初の退院までに暴力15%
- 追跡対象のうち地域に出た121名
4年半で21名(17%)が逮捕。46件の逮捕のうち31件非行、23件重罪
- 50%の66人は入院も収監もなし

臨床家による再犯予測は当たらない

母集団	Baxtrom氏含めて967人	
4 年 半 後	一般病院	50%
	地域	3分の1
	死亡	14%
	刑務所	1%未満
	criminally insaneで司法病院へ	2.7%

誰が暴力を振るうのか～暴力のリスクを予測したい

暴力リスク予測の限界

Baxtrom研究の結果
非構造的臨床判断は
偽陽性が多すぎる

結果 予測	実際に暴力を した	実際には暴力を しなかった
暴力を する と予測した	真陽性 あたり	偽陽性 はずれ
暴力を しない と予測した	偽陰性 はずれ	真陰性 あたり

海外でのリスクアセスメント研究の発展（１）

1) 第1世代：非構造的臨床判断

➡ Baxtrom研究（退院許可後の追跡調査）
などから**当たらない**ことが分かった
実証研究（統計的研究）が進む

第2世代以降は今も使用されているが、
非構造的臨床判断は否定

2) 第2世代：保険数理学的リスクアセスメント

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

➡ 保険数理学的リスクアセスメントへの批判
「尺度を開発した際の集団（急性期病棟の退院患者／最重度保安病院）に最適化されており、他の集団には使えないのでは」
「予測ができてても治療に役に立たない」

3) 第3世代：構造的臨床判断（HCR-20など）

先行研究からリスクに関連する項目を集めて作ったツール

第2世代：保険数理学的リスクアセスメント VRAG

- Violence Risk Appraisal Guide
 - Quiseyら(1998)²⁾
 - **カナダの最重度保安病院**でアセスメントあるいは治療された成人男性患者618人のデータをもとに構成
 - 資料で評価された約50の変数から、
 - ①再犯との相関が高い、
 - ②他の変数との相関が低い、
 - ③最小二乗法ステップワイズ重回帰分析等のプロセスで変数を選択
 - 12項目が7年間のフォローアップでの暴力予測力に応じて重み付けされる
 - 合計点は9つの群に分けられ、暴力率は0%から100%に渡る
- AUC=0.75～0.80
- 評定者間一致～2人の評定者がランダムに選んだ20人を評価⇒相関係数 = .90

「尺度を開発した際の集団に最適化」？

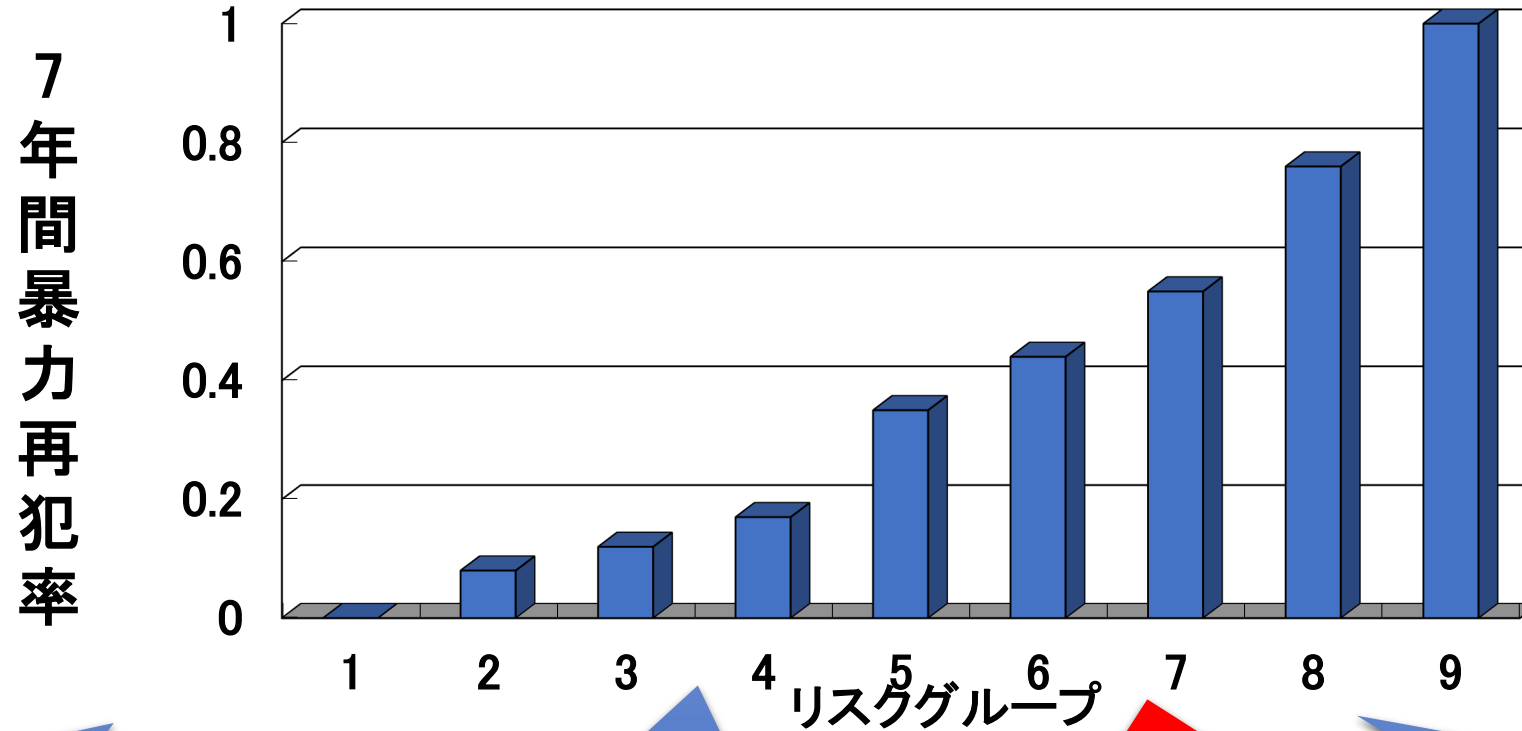
VRAG項目～以下の重みづけられた得点を加算

- PCL-R得点（PCL-R得点によって-5点から+12点まで、重みづけられた6段階の点数を加算）
- 小学校時代の問題（問題なし-1、軽度+2、重度+5）
- 人格障害（あり+3、なし-2）
- 対象行為時年齢（26歳以下+2から39歳以上-5まで5段階）
- 16歳未満で両親と別れる（離別+3、同居-2）
- 保護観察の失敗（あり+3、なし0）
- 非暴力的犯罪歴（Cormier-Lang criminal history scoreより）
- 結婚歴（あり-2、なし+1）
- 統合失調症（あり-3、なし+1）
- 被害者の怪我（死亡-2、入院0、外来+1、なし又は軽傷+2）
- アルコール乱用（親のAI乱用、十代のAI問題、成人後のAI等）
- 女性の被害（あり-1、なし+1）

過去の要因が主
「予測ができて
も治療に役に立
たない」？

VRAG：リスク群と再犯率

各リスクグループの人数はほぼ正規分布
～グループ4が最多



暴力予測から
リスクの評価へ

AUC
(予測精度
の指標) が
高い

尺度によっ
てリスクの
程度（見積
もり）が段
階的に並ぶ

中間があり
「あたり」
「はずれ」
では難しい

程度に応じ
た支援体制
を組む方が
建設的

海外でのリスクアセスメント研究の発展（2）

- どのリスクアセスメントツールが最も予測妥当性があるか？ **メタアナリシス**

JP Singh, M Grann, S Fazel - Clinical psychology review, 2011³⁾

- どのリスクアセスメントツールが世界で**最も使用**されているか

Singh, J.P., Desmarais, S.L., Otto, R.K., Nicholls, T.L., et al, 2016⁴⁾

- HCR-20を第2版から**第3版へ改訂(2013)**

- 長期リスクアセスメント（HCR-20）と短期リスクアセスメント（START）との**組み合わせ**による包括的リスクアセスメントとリスクマネジメント

- 保護要因～ SAPROF、START

4）第4世代：定義の論争

「個人因子だけでなく環境因子にも目を向け、**アセスメントに系統的介入とモニタリングを統合**」
vs「第3世代から**介入の統合は行っている**」

- リスクアセスメントを**対象者と協働**で行う Markham, S., 2020⁵⁾

第1世代は予測妥当性がないが、第2世代以降は予測精度に大差ない

便利なのはHCR-20

海外は
リスクアセスメントから治療とモニタリングへと統合
→日本は
非構造的臨床判断にとどまっていないか？

構造化された臨床評価

HCR-20ver.2₆₎

Hファクター（過去の要因）

1. 過去の暴力
2. 最初に暴力を行った時の年齢が低い
3. 関係の不安定性
4. 雇用問題
5. 物質使用の問題
6. 主要精神疾患
7. サイコパシー
(PCL-R、PCL:SV)
8. 早期の不適応
9. 人格障害
10. 過去の監督の失敗

cファクター（現在の要因）

1. 洞察の欠如
2. 否定的態度
3. 主要精神疾患の活発な症状
4. 衝動性
5. 治療に反応しない

Rファクター（未来の要因）

1. 計画が実行可能性を欠く
2. 不安定要因への暴露
3. 個人的支援の欠如
4. 治療的試みに対する遵守性の欠如
5. ストレス

HCR-20コンパニオンガイド₇₎の中で、**cファクター、Rファクターのそれぞれに基づく治療介入の指針を提示**
=リスクアセスメントに基づく治療計画

HCR-20Ver3の実施プロセス

1. 関連する情報を集める
2. リスクファクターの有無を確認
3. リスクファクターの関連を確認
4. 暴力リスクのフォーミュレーション
5. 暴力の主なシナリオを作る
6. ケースマネジメントプランを作る
7. 最終意見をまとめる

Douglas, K.S., & Guy, L.S.:
Overview of Structured Professional
Judgment and the HCR-20 :2012₈₎

項目の評価から、何点だと〇〇
という形ではないが、
臨床家がリスクの評価をする
プロセスをガイドする

= 構造化された

(やり方を定めた) **臨床評価**
どのような要因がリスクを高め
ているのかアセスメントし

**治療・マネジメント
戦略につなげる**

医療観察法のツール：共通評価項目の開発（初版・第2版の17中項目）

「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

HCR-20（構造化された臨床評価によるリスクアセスメントツール）をモデルにしながら
過去の要因＝変わらない部分は外す

リスク
↓
社会復帰阻害要因
↓
社会復帰要因

共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究⁹⁾

第2版の

- 評定者間信頼性
(級内相関係数)
- 記述統計
- 因子分析
- 収束妥当性
(GAF、ICF、IQ、DAI-30、AUDIT、生活満足度との相関)
- 予測妥当性
(COX比例ハザードモデル、生存曲線の群間比較 (ログランク検定)、ROC曲線 (AUC))

第3版案の

- 改訂案の作成とベータテスト
(多職種での検討)
- 評定者間信頼性
(級内相関係数)

研究開始から、改訂 (標準化) まで
10年

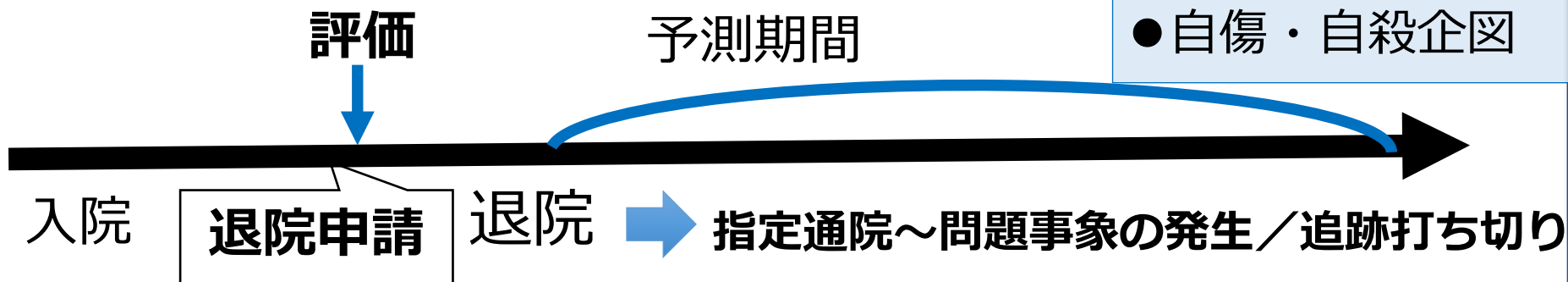
通院移行後の暴力や問題行動に対する予測力の解析

- 2013年 共通評価項目第2版の各**中項目**・**小項目すべて**（1項目ずつ解析）
- 2014年 共通評価項目の下位項目を**組み合わせてリスクを見積もる構成**（アセスメントツール）を探索
- 2015年 **G A F**、**I C F**の一部項目
- 2016年 **静的要因**（電子カルテから）
- 2017年 静的要因、共通評価項目、**I C F**の下位項目を組み合わせて**リスクを見積もる構成**を探索

信頼性と妥当性に関する研究の中で、**リスク要因（≡予測妥当性）を研究**

- 暴力 = 指定**通院医療機関**から情報を得た
＜性的な暴力＞ ＜身体的な暴力＞
＜非身体的な暴力＞ のいずれか
- 問題行動 = ＜性的な暴力＞ ＜身体的な暴力＞ ＜非身体的な暴力＞ ＜放火＞ ＜医療への不遵守＞ ＜AI・物質関連問題＞ のいずれか
- 自傷・自殺企図

予測の対象を
（nが足りないので）
軽い方に広げる
入院と通院を連結
n=374



ROC曲線下面積（AUC）を用いた解析

退院申請時点における

【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】 【日常生活能力3）家事や料理をしない】
【物質乱用】 【性的逸脱行動】 【個人的支援】の合計点による予測に

より

- | | |
|------------------------|----------|
| ①通院移行後3年以内の暴力の予測 | AUC=.792 |
| ②2年間追跡できたサンプルでの暴力の予測 | AUC=.771 |
| ③通院移行後3年以内の問題行動の予測 | AUC=.803 |
| ④2年間追跡できたサンプルでの問題行動の予測 | AUC=.717 |

海外の
ツールと
遜色ない
予測精度

4パターンの解析を行ったのは、「尺度を開発した際の集団に最適化」された状態を緩和するためだが、それでも

「医療観察法入院から通院処遇へ移行した後のリスク」の評価に留まる

通院移行後 2 年追跡できた事例の問題行動／暴力の予測

【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】

【非精神病症状 3) 怒り】 【日常生活能力 3) 家事や料理】

【性的逸脱行動】 【物質乱用】 【個人的支援】

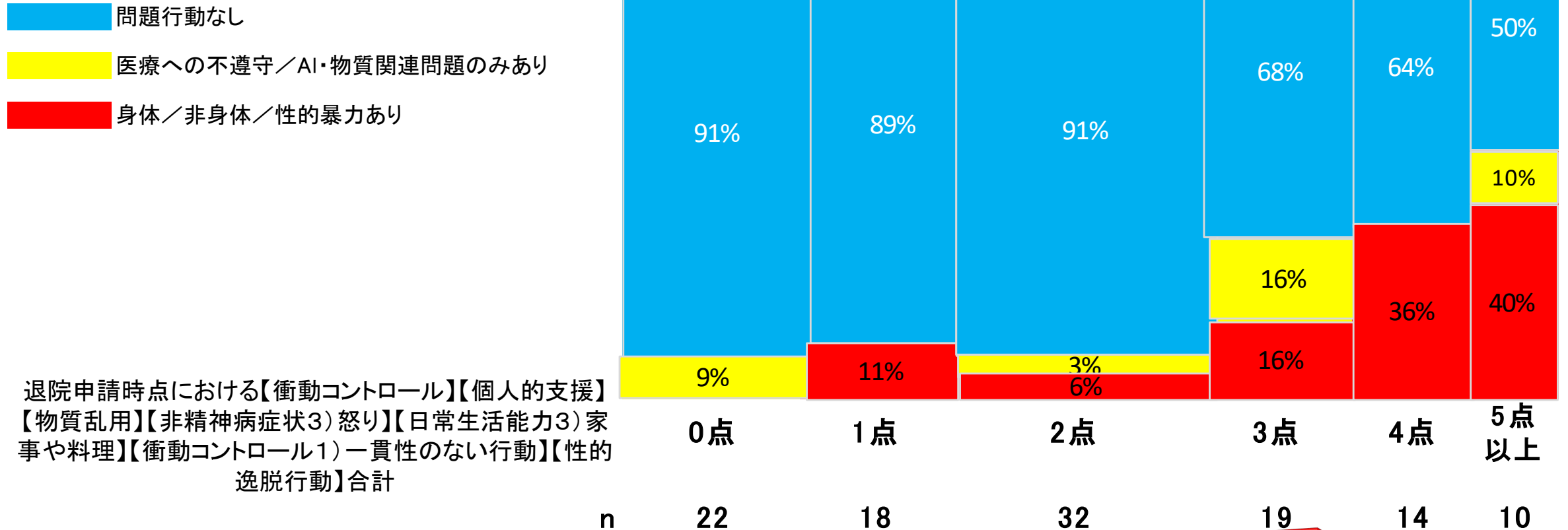
の合計得点によるクロス集計表

「危ない人」を見つけ出すと言うより、
「危なくない人」
を見つけ出すための
ツール

クロス集計表		退院申請時点における【衝動コントロール】【個人的支援】【物質乱用】【非精神病症状 3) 怒り】【生活能力 4) 家事や料理】【衝動コントロール 1) 一貫性のない行動】【性的逸脱行動】合計								
		0点	1点	2点	3点	4点	5点	6点	7点	合 計
2年以内の問題行動	なし	20	16	29	13	9	3	1	1	92
	あり	2	2	3	6	5	2	2	1	23
	合 計	22	18	32	19	14	5	3	2	115
2年以内の問題行動発生率		0.09	0.11	0.09	0.32	0.36	0.40	0.67	0.50	0.20
2年以内の暴力	なし	22	16	30	16	9	3	2	1	99
	あり	0	2	2	3	5	2	1	1	16
	合 計	22	18	32	19	14	5	3	2	115
2年以内の暴力発生率		0.00	0.11	0.06	0.16	0.36	0.40	0.33	0.50	0.14

AUCが高いとはいえ、
ベースレートが低いので、
高得点群でも
暴力発生50%を超えない（半分は暴力しない）

「社会復帰関連指標」

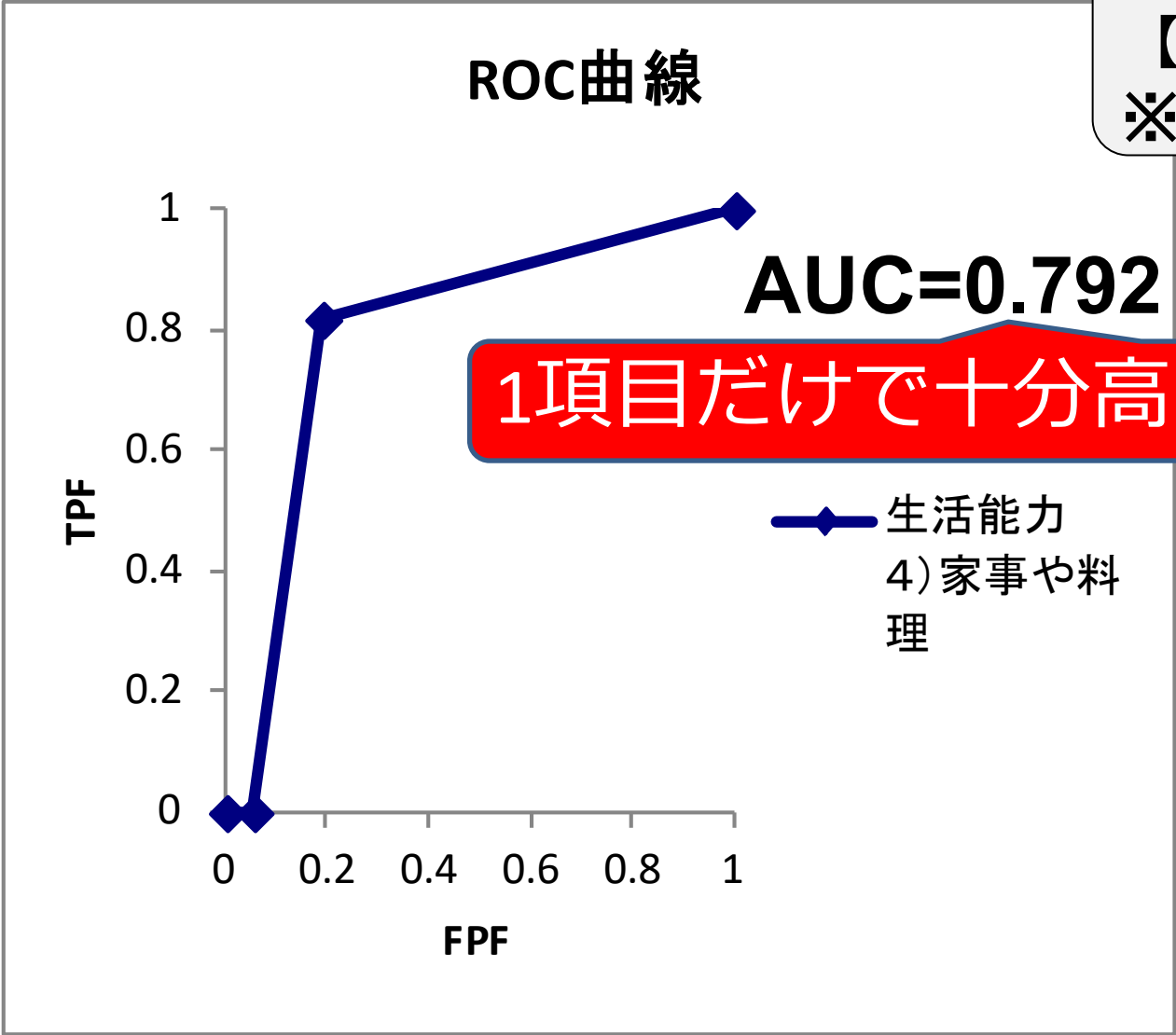


7項目の合計点を「社会復帰関連指標」と呼び、診療システム上で研究結果をグラフ表示

通院移行後3年以内の自殺企図の予測

【生活能力 4）家事や料理をしない】によるROC曲線

第3版では
【日常生活能力 3）家事や料理をしない】
※小項目の内容は同じ



退院後の自殺企図	生活能力 4) 家事や料理	
	なし	あり
n	37	11
平均	0.243	0.818
不偏分散	0.300	0.164
標準偏差	0.548	0.405
最小値	0	0
最大値	2	1

リスク要因研究とリスクを見積もる構成

リスク要因研究

どの項目がリスクに関連するか一項目ずつ解析

リスクに関連する項目



治療・マネジメントで
手当てすべきポイント

リスクを見積もる構成

足し合わせてリスクの予測
につながる組み合わせ

リスクを見積もる構成



治療・マネジメントの
密度の参考

意味合いが少し違います。後者の方が目立つが、治療
戦略上は**前者**が大事

共通評価項目 通院移行後の暴力、問題行動、自傷・自殺企図の予測				
因子名	第2版 項目名	暴力の予測	問題行動の予測	自傷・自殺企図の予測
	独立変数	(身体的暴力、性的暴力、非身体的暴力)	(身体的暴力、性的暴力、非身体的暴力、アルコール・物質関連問題、医療への不遵守)	
精神医学的要素	1. 精神病症状			
	精神病症状の小項目	1) 通常でない思考		
		2) 幻覚に基づいた行動		
		3) 概念の統合障害		
		4) 精神病的しぐさ		
		5) 不適切な疑惑		
		6) 誇大性		
	2. 非精神病性症状			
	非精神病性症状の小項目	1) 興奮・躁状態	0点の群<1点以上の群	
		2) 不安・緊張	ハザード比: 1.839	
		3) 怒り	0点の群<1点以上の群	
		4) 感情の平板化		
		5) 抑うつ		0点の群<1点以上の群
		6) 罪悪感		
		7) 解離		
		8) 知的障害	0点の群<1点の群, 2点の群	
		9) 意識障害		
	3. 自殺企図			
個人心理的要素	4. 内省・洞察			
	小洞内項察省目の・	1) 対象行為への内省		
		2) 対象行為以外の他害行為への内省	0点の群<2点の群	
		3) 病識		
		4) 対象行為の要因理解	ハザード比: 1.564	
	5. 生活能力			
	生活能力の小項目	1) 生活リズム		
		2) 整容と衛生		
		3) 金銭管理	0点の群<1点の群<2点の群	
		4) 家事や料理	0点の群<1点以上の群	0点の群<1点以上の群
		5) 安全管理		
		6) 社会資源の利用		
		7) コミュニケーション		
		8) 社会的引きこもり		

別紙資料
 共通評価項目・ICF
 ・静的要因による
 通院移行後の暴力
 ／問題行動／自傷
 ・自殺企図の予測

通院移行後の暴力に有意に関連した項目のみ抜粋

影響の強さ

尺度	項目	通院移行後の暴力	効果量 (Cramer's V)
共通評価項目 中項目	6. 衝動コントロール	0点の群 < 1点の群 < 2点の群	0.29
	8. 非社会性	0点の群 < 1点以上の群	0.12
	12. ストレス	1点の群 < 2点の群	0.15
	16. 治療効果	ハザード比：2.486	0.16
共通評価項目 【非精神病性 症状】	1) 興奮・躁状態	0点の群 < 1点以上の群	0.19
	2) 不安・緊張	ハザード比：1.839	0.14
	3) 怒り	0点の群 < 1点以上の群	0.23
	8) 知的障害	0点の群 < 1点の群, 2点の群	0.15
共通評価項目 【内省 ・洞察】	2) 対象行為以外の他害 行為への内省	0点の群 < 2点の群	0.15
	4) 対象行為の要因理解	ハザード比：1.564	0.15
共通評価項目 【生活能力】	3) 金銭管理の問題	0点の群 < 1点の群 < 2点の群	0.25
	4) 家事や料理をしない	0点の群 < 1点以上の群	0.17
	11) 生産的活動・役割	0点の群 < 1点の群	0.17
	12) 過度の依存	0点の群 < 1点以上の群	0.20
共通評価項目 【衝動コント ロール】	1) 一貫性のない行動	0点の群 < 1点以上の群	0.27
	2) 待つことができない	0点の群 < 1点以上の群	0.18
	3) 先の予測をしない	0点の群 < 1点の群, 2点の群	0.23
	4) そそのかされる	0点の群 < 1点以上の群	0.17
	5) 怒りの感情の行動化	0点の群 < 1点以上の群	0.15

注：効果量は0点・1点・2点の3群のログランク検定のカイ二乗値から算出

● 1項目ずつcox比例
ハザードモデル

または

● 生存曲線の
群間比較

IADLの重要性

衝動的で
言うことが
コロコロ
変わり、
後先考えず
に金使う人
怒りのコン
トロールが
悪い人

共通評価項目第3版＝「改訂版共通評価項目」

●「疾病治療」

1. 精神病症状
2. 内省・洞察
3. アドヒアランス
4. 共感性
5. 治療効果

●「セルフコントロール」

6. 非精神病性症状
7. 認知機能
8. 日常生活能力
9. 活動性・社会性
10. 衝動コントロール
11. ストレス
12. 自傷・自殺

●「治療影響要因」

13. 物質乱用
14. 反社会性
15. 性的逸脱行動
16. 個人的支援

●「退院地環境」

17. コミュニティ要因
18. 現実的計画
19. 治療・ケアの継続性

ガイドライン上は
初版→第2版に改訂され
ておらず
第3版＝「改訂版」

19中項目＋46小項目

通院移行後の**暴力**に関連するもの

●「疾病治療」

1. 精神病症状
2. **内省・洞察**
3. アドヒアランス
4. 共感性
5. **治療効果**

●「治療影響要因」

13. 物質乱用
14. 反社会性
15. 性的逸脱行動
16. 個人的支援

予測の指標には入るが、暴力だけに限れば関連しない

●「セルフコントロール」

6. **非精神病性症状**
7. **認知機能**
8. **日常生活能力**
9. 活動性・社会性
10. **衝動コントロール**
11. **ストレス**
12. 自傷・自殺

●「退院地環境」

17. コミュニティ要因
18. 現実的計画
19. 治療・ケアの継続性

ICF
【基本的な経済的取引】

【社会的距離の維持】など

【責任への対処】

入院中の暴力に関連するもの

●「疾病治療」

1. 精神病症状
2. 内省・洞察
3. アドヒアランス
4. 共感性
5. 治療効果

●「セルフコントロール」

6. 非精神病性症状
7. 認知機能
8. 日常生活能力
9. 活動性・社会性
10. 衝動コントロール
11. ストレス
12. 自傷・自殺

●「治療影響要因」

13. 物質乱用
14. 反社会性
15. 性的逸脱行動
16. 個人的支援

●「退院地環境」

17. コミュニティ要因
18. 現実的計画
19. 治療・ケアの継続性

ICF

【身体快適性の確保】
【食事や体調の管理】
【日課の管理】など

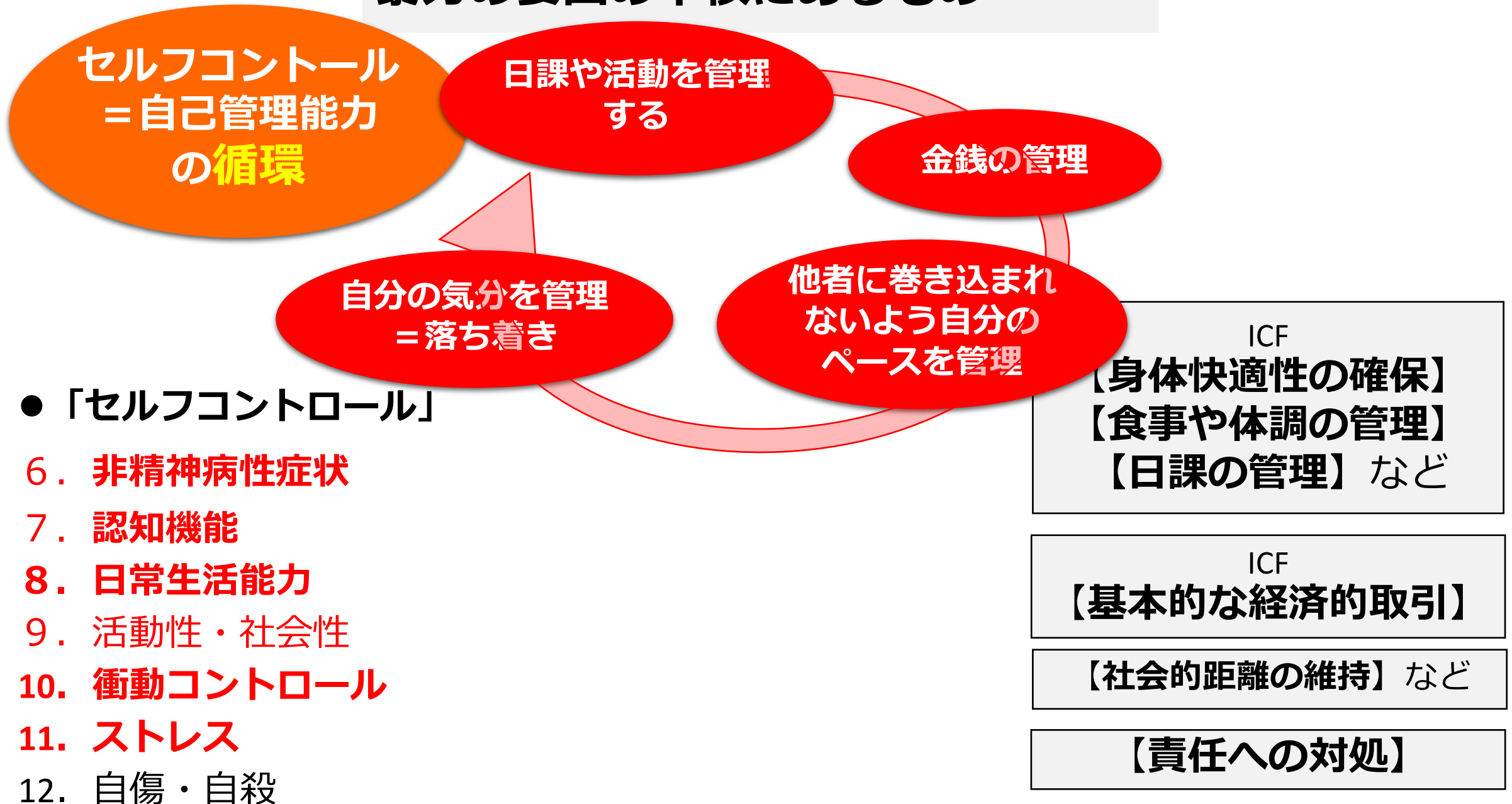
ICF

【基本的な経済的取引】

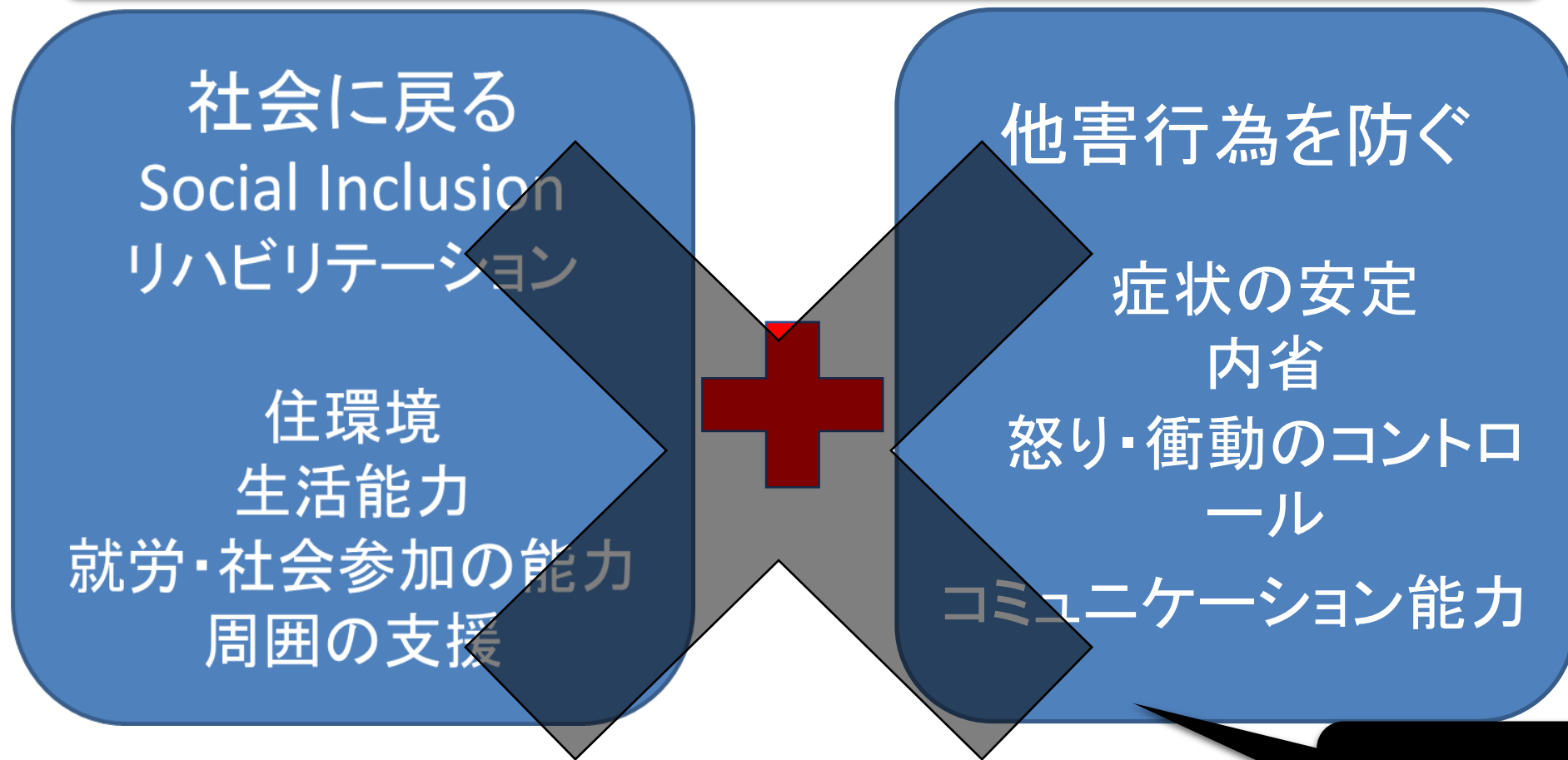
【社会的距離の維持】など

【責任への対処】

暴力の要因の中核にあるもの



リスク要因研究から分かったこと



「両輪」ではない

治療の両輪・互いに重なり合うもの
これをバランス良くMDTで治療を進める

生活能力（特にADL）の意味の変化

社会に戻る
Social Inclusion
リハビリテーション

住環境
生活能力
就労・社会参加の能力
周囲の支援

他害行為を防ぐ

怒り・衝動のコントロール

生活能力

性的逸脱

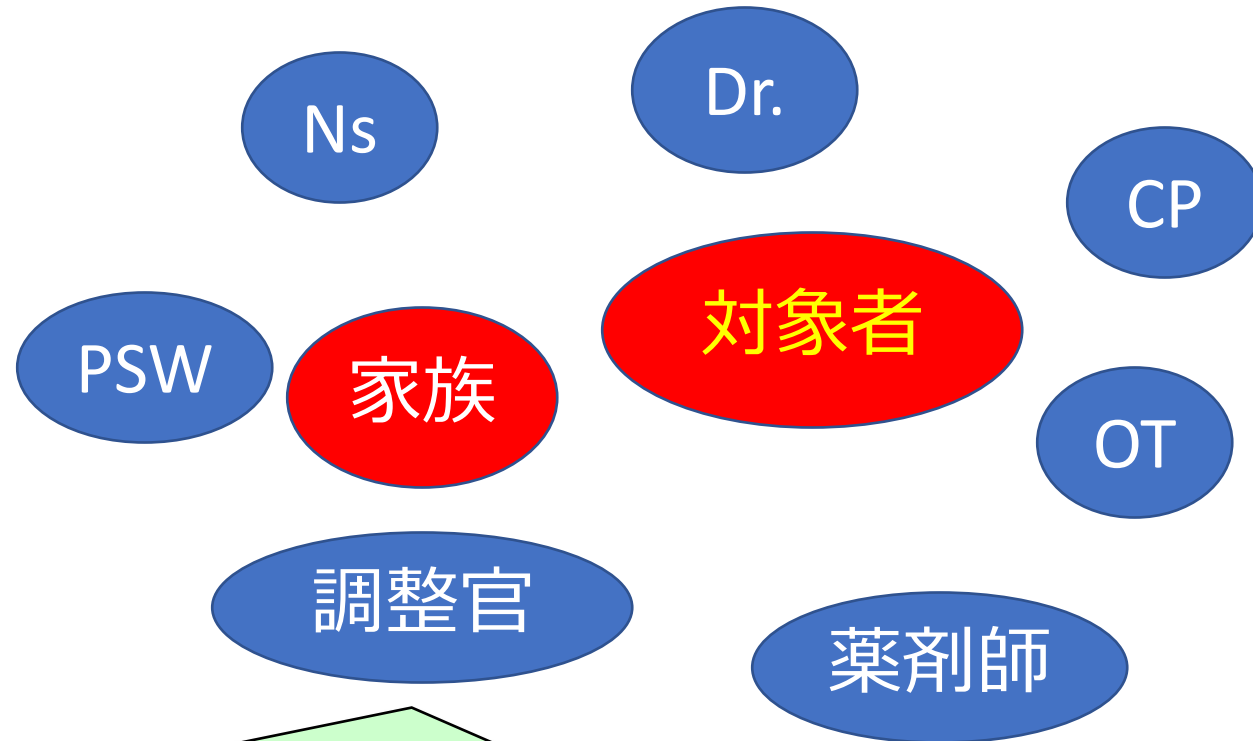
物質乱用

周囲の支援

互いに重なり合う

統計解析から示された

多様な要因に介入するための MDT (Multidisciplinary Team) = 多職種チーム



医療観察法での医療の
特徴であり、核

多職種はオリエンテー
ション～見方が異なる

共通の目的・共通言語
として共通評価項目

全国での評価を統一し
同じような医療を進める

英国研修にてNs・OT・CPの3人で
リスクアセスメントの評価を議論する経験
= 職種の違いが評価を豊かにする

本講義の内容

次は評価編へ

1. 共通評価項目の経緯と目的

- リスクアセスメント研究
非構造的臨床判断から
構造的臨床判断へ
- リスク→「**社会復帰要因**」
- **7下位項目**を足し合わせて
リスクを見積もる
- リスクに関連する項目
～日常生活能力、衝動コントロール、怒りなど
治療戦略に重要なポイント
- **多職種で共通言語に**
- **全国の多機関の評価を統一**
- **データの蓄積と活用→EBMへ**



2. 評価時期と項目の解説

- **解説とアンカーポイント**
「評価基準」に沿って評価
- **状態像**（行動、発言などの客観的な状態）**の評価**を基本
- **判断の根拠**となった臨床情報を具体的に「**情報・判断材料・備考**」に記載
- 極力**多職種チーム（MDT）**で評価

文献

- 1 Steadman,H.J.: Implications from the Baxstrom experience. Bull Am Acad Psychiatry Law 1:189-196:1973.
- 2 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.
- 3 Singh, J.P., Grann, M., Fazel, S.: A Comparative study of risk assessment tools: A systematic review and metaregression analysis of 68 studies involving 25,980 participants. *Clinical psychology review*,31,499-513:2011.
- 4 Singh, J.P., Desmarais S.L., Otto,R.K., et al.: The international risk survey: Use and perceived utility of structured violence risk assessment tools in 44 countries. In Singh, J.P., Biorkly,A., Fazel,S. *International Perspectives on violence risk assessment*. Oxford university press, New York:2016.
- 5 Markmam,S.: Collaborative risk assessment in secure and forensic mental health settings in the UK. *General Psychiatry*,33:e100291. doi:10.1136/gpsych-2020-100291:2020.
- 6 Webster, C.D., Douglas, K.S., Eaves, D., Hart, S.D., 1997 吉川和男 監訳 HCR-20 星和書店,東京:2007.
- 7 Douglas, K.S., Webster, C.D., Hart, S.D., Eaves, D., 2001 吉川和男 監訳 HCR-20コンパニオンガイド 星和書店,東京:2007.
- 8 Douglas, K.S., & Guy,L.S. :Overview of Structured Professional Judgment and the HCR-20 (http://www.nasmhpd.org/sites/default/files/HCR%2020_Webinar%20June%2028.pdf) :2012
- 9 壁屋康洋ら：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, 2016.