

201317104A

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年度総括研究報告書

平成26年（2014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

# 目 次

研究要旨	1
第1章 共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究 (4) ～因子分析による検討	3
第2章 共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究 (11) ～SAI-J、DAI-30と共通評価項目下位項目との関連	14
第3章 共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究 (12) ～地域生活に対する自己効力感 (SECL) と共通評価項目との関連	20
第4章 共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究 (13) ～生活満足度、AUDIT、IQと共通評価項目との関連	30
第5章 共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究 (14) ～これまでの研究の概観から示される各項目の特徴	37
第6章 共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究 (15) ～退院申請時共通評価項目による精神保健福祉法再入院の予測	52
第7章 共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究 (16) ～症状悪化による精神保健福祉法入院の予測	72
第8章 共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究 (17) ～退院後の問題行動の予測	81
第9章 共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究 (18) ～退院後の自傷・自殺企図の予測	105
第10章 共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究 (19) ～退院後の暴力の予測	116
第11章 共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究 (20) ～入院中の暴力の予測	145
第12章 共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究 (21) ～入院中の自殺企図の予測	174
第13章 共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究 (22) ～通院処遇への移行まで期間の予測	204
健康危険情報、研究発表、知的所有財産の登録・出願状況	279
研究成果の刊行に関する一覧表	280
研究成果の刊行物・別刷	281

要旨：

平成 25 年度の本研究報告書は過去の収集データの解析結果とそのまとめ、ならびに今年度収集したデータの解析による報告をまとめた以下の全 13 章で構成する。なお、各章のタイトルには、共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究を本研究班以前に開始し、逐次発表してきた時からの通し番号を付けている。

第 1 章 共通評価項目 17 中項目および 61 小項目の因子分析（研究 4）

共通評価項目下位項目の因子分析を行うことで構成概念妥当性の検証を行うと共に、項目のグルーピングについて検討した。

第 2 章 SAI-J、DAI-30 と共通評価項目下位項目との関連（研究 11）

病識、服薬観に関する尺度との相関を評価することで、共通評価項目の【病識】【コンプライアンス】および【病識】の小項目の収束妥当性を検証した。

第 3 章 地域生活に対する自己効力感(SECL)と共通評価項目との関連（研究 12）

地域生活に対する自己効力感尺度との相関から収束妥当性を検証した。

第 4 章 AUDIT、IQ、生活満足度との関連（研究 13）

AUDIT、IQ、生活満足度と共通評価項目の各項目との相関から収束妥当性を検証した。

第 5 章 これまでの研究の概観から示される各項目の特徴（研究 14）

今年度のデータ収集をする以前、研究 13 までの研究結果をまとめ、共通評価項目の各下位項目の特徴を概観した。

第 6 章 退院申請時共通評価項目による精神保健福祉法再入院の予測（研究 15）

第 6 章以降は全て今年度収集したデータから、共通評価項目の各下位項目がそれぞれの事象をどの程度予測する力があるか、COX 比例ハザードモデルおよび生存率曲線の解析を通じて検証した。第 6 章では精神保健福祉法再入院の予測について、予測妥当性を検証した。

第 7 章 症状悪化による精神保健福祉法入院の予測（研究 16）

精神保健福祉法入院を症状悪化によるものだけに限り、各項目の予測妥当性を検証した。

第 8 章 退院後の問題行動の予測（研究 17）

退院後の問題行動についての予測妥当性を検証した。

第 9 章 退院後の自傷・自殺企図の予測（研究 18）

退院後の自傷・自殺企図についての予測妥当性を検証した。

第 10 章 退院後の暴力の予測（研究 19）

退院後の問題行動について、何らかの暴力に限り、その予測妥当性を検証した。

第 11 章 入院中の暴力の予測（研究 20）

入院時初回評価の共通評価項目の各項目が、入院中の暴力をどの程度予測するのか、予測妥当

性を検証した。

#### 第12章 入院中の自殺企図の予測（研究21）

入院時初回評価の共通評価項目の各項目が、入院中の自殺企図をどの程度予測するのか、予測妥当性を検証した。

#### 第13章 通院処遇への移行まで期間の予測（研究22）

初回入院継続申請時の共通評価項目の各項目が、通院処遇へ移行するまでの期間をどの程度予測するのか、予測妥当性を検証した。

第6章から第13章に渡る予測妥当性の研究結果は、それまでの研究結果と併せ、次年度に共通評価項目改訂案を作る際の基礎となる。

#### 研究協力者

高橋昇（国立病院機構花巻病院）

（コアメンバー）

西村大樹（岡山県精神科医療センター）

（コアメンバー，第3章執筆）

砥上恭子（国立病院機構菊池病院）

（コアメンバー，第2章、第4章執筆）

松原弘泰（静岡県立こころの医療センター）

小片圭子（群馬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）

荒井宏文（国立病院機構北陸病院）

深瀬重矢（国立病院機構北陸病院）

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）

瀨底正有（神奈川県立精神医療センター芹香病院）

竹本浩子（国立病院機構やまと精神医療センター）

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）

大原薫（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）

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）

古賀礼子（鹿児島県立始良病院）

河西宏実（東京都立松沢病院）

畔柳真理（東京都立松沢病院）

常包知秀（国立病院機構鳥取医療センター）

横田聡子（国立病院機構小諸高原病院）

長井史紀（国立病院機構小諸高原病院）

前上里泰史（国立病院機構琉球病院）

占部文香（長崎県病院企業団長崎県精神医療センター）

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）

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）

桑本雅量（山口県立こころの医療センター）

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）

小川佳子（国立病院機構久里浜アルコール症センター）

古野悟志（国立病院機構久里浜アルコール症センター）

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

## 共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究 (4)

### ～因子分析による検討

#### 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）医療において鑑定・入院・通院それぞれの局面で一貫して用いられる共通の評価尺度である共通評価項目について心理測定的な研究を推し進めて標準化された尺度として結果を示すことが求められている。これまで評定者間信頼性の検証が行われ、その結果 HCR-20 の評定者一致度<sup>1)</sup>等と比較しても多くの項目で比較的高い評定者一致度が得られたものの、級内相関係数が 0.6 を下回り、必ずしも十分な評定者間信頼性があるとは言えない項目も認められた<sup>2)</sup>。こうして尺度の標準化に向けて信頼性の検討を行ってきた一方、尺度の標準化のためには信頼性に加えて妥当性を検証し、測定したい対象を正しく測定しているということを示さなければならぬ。

妥当性には内容妥当性、基準関連妥当性、構成概念妥当性等があり、それらはさらにいくつかの妥当性に分けられる<sup>3)</sup>。医療観察法医療における社会復帰要因等の治療ニーズを評価する共通評価項目は退院後の社会復帰状態を調べる、基準関連妥当性のうちの1つの予測妥当性が最も重要であるが、それだけでなく、尺度の多様な性質からその尺度が構成概念と一致しているかを調べる構成概念妥当性も重要である。

共通評価項目の構成概念妥当性の研究としては全国の入院対象者のデータを基に各治療ステージと共通評価項目の評点との関係が調査された<sup>4)</sup>。その結果17の中項目のうち【精神病症状】、【非精神病性症状】、【衝動コントロール】、【対人暴力】、【コンプライアンス】の5項目が急性期>回復期>社会復帰期と段階的に評定値が下がっていることが示された。また【自殺企図】、

【内省・洞察】、【生活能力】、【共感性】、【非社会性】、【個人的支援】、【コミュニティ要因】、【ストレス】、【現実的計画】、【治療効果】、【治療・ケアの継続性】の11項目は急性期と回復期の間には差がないが、回復期から社会復帰期にかけて評定値が下がっていることが示された。

【物質乱用】は各ステージ間に差が見られなかったが、この治療ステージごとの小項目の評点の推移と併せこれらの結果は共通評価項目の構成概念妥当性の傍証の1つと考えられた。

また項目反応理論を用いた分析も、共通評価項目の中項目の性質を示すものとして、構成概念妥当性の1つとして解析された<sup>5)</sup>。本研究では、共通評価項目の構成概念妥当性の検証のために、17の中項目と全61の小項目について因子分析を行い、その構成について検討を加えることを目的とする。

#### 方法

##### a.対象

対象は2010年7月15日時点で入院対象者を受け入れている22の指定入院医療機関のうち、研究協力の得られた指定入院医療機関の入院対象者のデータを用いた。データの抽出は診療支援システムの統計データ出力（CSV出力）を用いた。データは19施設から回収され、合計439名となった。収集時点である2010年7月15日より直近の共通評価項目の評定値から欠損値を除いた426名のデータを使用した。全サンプル426名の各治療ステージは急性期：75名、回復期：198名、社会復帰期：153名であり、同一時点での入院対象者のデータを利用したため、治療ステージおよび入院治療の進展具合は分散している。

## b.解析方法

解析には PASW Statistics 18 を使用し、以下の方法を用いた。

### ①中項目の探索的因子分析

共通評価項目の 17 の中項目について、探索的因子分析を行った。多変量正規分布が担保されていないなかったため、因子抽出には主因子法を用いた。また、因子間には相関がみられることが予想されたため、Promax 回転を適用した。各因子の信頼性検討として、Cronbach の  $\alpha$  係数を算出した。

### ②因子得点による各ステージ間比較

因子分析によって得られた因子得点をもとに、各治療ステージ間に有意差がみられるかを検討するため一元配置分散分析を行った。

### ③中項目と小項目の探索的因子分析

小項目をもたない中項目 (9 項目) のと小項目 (61 項目) の合計 70 項目について、探索的因子分析を行った。多変量正規分布が担保されていないなかったため、因子抽出には主因子法を用いた。また、因子間には相関がみられることが予想されたため、Promax 回転を適用した。

## c.倫理的な配慮

各指定入院医療機関の研究協力者から入院対象者の情報を収集する際には、住所・氏名ならびに会社名・学校名・地名等個人の特定につながるような個人情報削除し、データの受け渡しにはデータの暗号化を行った。発表には統計的な値のみを発表し、一事例の詳細な情報を発表することはない。以上の配慮をもって、肥前精神医療センターおよび岡山県精神科医療センターの倫理委員会の承認を得て本研究を実施した。

## 結果

### ①中項目の探索的因子分析

因子数は固有値 1.0 以上の基準を設け、スクリープロットも考慮して 4 因子を採用した。17 の中項目について因子分析したプロマックス回転後の因子パターンを表 1 に示す。第 1 因子は【内省・洞察】【精神病症状】【共感性】【治療効果】【コンプライアンス】の 5 項目が抽出された。これらの項目は薬物療法による異常体験の改善や疾病教育や対象行為の振り返りによる病識の獲得、内省深化など治療が直接的に影響しやすいことから「疾病治療」と命名した。第 2 因子は【非精神病性症状】【衝動コントロール】【対人暴力】【ストレス】【自殺企図】【生活能力】の 6 項目が抽出された。これらの項目は、興奮・怒り・不安緊張など情動や行動コントロールに関わることから「情動統制」と命名した。第 3 因子は【治療ケアの継続性】【現実的計画】【コミュニティ要因】の 3 項目が抽出された。これらの項目は、通院医療機関をはじめとする関係機関との連携やクライシスプランの共有・モニタリングなど退院後の治療の継続性に関わることから「退院地環境」と命名した。第 4 因子は【個人的支援】【物質乱用】【非社会性】の 3 項目が抽出された。これらの項目は向犯罪的思考や対人関係問題に関わることから「治療障害要因」と命名した。これら 4 因子の累積寄与率は 36.41%であった。また、下位尺度の  $\alpha$  係数は第 1 因子  $\alpha=.726$ 、第 2 因子  $\alpha=.683$ 、第 3 因子  $\alpha=.743$ 、第 4 因子  $\alpha=.369$  であり、概ね高い内的整合性が認められた。

因子間相関をみると「疾病治療—情動統制」は比較的高い相関 ( $r=.680$ ) があり、「疾病治療—退院地調整」( $r=.459$ ) および「情動統制—治療障害要因」( $r=.418$ ) にもある程度の相関が認められる。このことから、共通評価項目は相互に関連しており、特に疾病治療因子は種々の要因と関連があることが示唆される。

### ②因子得点による各ステージ間比較

各治療ステージによって共通評価項目の中項目因子得点に差異がみられるか、対象者の治療ステージを独立変数とし各因子得点を従属変数とする一元配置分散分析を行った。その結果、第1因子の「疾病理解」は  $F(2,423)=95.710$ ,  $p<.01$ 、第2因子の「情動統制」は  $F(2,423)=80.763$ ,  $p<.01$ 、第3因子の「退院地環境」は  $F(2,423)=59.673$ ,  $p<.01$ 、第4因子の「治療阻害要因」は  $F(2,423)=30.164$ ,  $p<.01$  となり、全ての因子において有意差が認められた。その結果を表3に示す。Tukeyの多重比較の結果を図1～4に示す。「疾病治療」「情動統制」「治療阻害要因」はいずれも急性期>回復期>社会復帰期と治療ステージが進むにつれて得点が減少することが明らかとなった。「退院地環境」は急性期≒回復期>社会復帰期であり、回復期まではあまり変化が認められないが治療後期の心理社会的リハビリテーションや外出泊を重ねて退院地調整を行うことにより得点が減少することが明らかとなった。

### ③中項目と小項目の分析

小項目をもたない中項目(9項目)のとお小項目(61項目)の合計70項目について、因子分析(主因子法、Promax回転)を行った。Promax回転後の因子パターンを表3に示す。共通性が0.3を下回る項目は【治療効果( $h^2=0.275$ )】【生活能力13)施設への過剰適応( $h^2=0.256$ )】【非社会性9)性的逸脱行動( $h^2=0.272$ )】【現実的計画4)経済的問題( $h^2=0.213$ )】の4項目であり、独自因子の影響が強い項目が認められた。因子数は固有値1.0以上の基準を設け、18因子が抽出された。【物質乱用】【非精神病性症状8)知的障害】の2項目はそれぞれ1項目で1つの因子となった。【物質乱用】は「既往があれば1点以上の評価」であり、【非精神病性症状8)知的障害】は変化することが少ない項目であることから、他のダイナミックな項目とは性質が異なることが示唆された。また、因子負荷量が.35を

下回った項目は【生活能力1)生活リズム】【非社会性9)性的逸脱行動】【生活能力3)金銭管理の問題】【共感性】【コンプライアンス】【治療効果】の6項目であった。複数の因子に.35以上の因子負荷量を示した項目は【非社会性8)犯罪にかかわる交友関係】のみであった。

第1因子は【現実的計画5)緊急時の対応】【現実的計画2)日中の過ごし方】【現実的計画6)関係機関との連携】【現実的計画8)地域への受け入れ体制】【現実的計画1)退院後の治療プラン】の5項目が抽出され、「現実的計画」と命名した。第2因子は【生活能力8)社会的ひきこもり】【生活能力9)孤立】【生活能力10)活動性の低さ】【生活能力13)余暇の過ごし方】【生活能力7)コミュニケーション技能】【生活能力11)生産的活動・役割】【生活能力1)生活リズム】の7項目が抽出され、「他者との交流」と命名した。第3因子は【非社会性1)侮辱的な言葉】【非社会性4)特定のタイプに固執】【非社会性2)社会的規範の蔑視】【非社会性3)犯罪志向的な態度】【非社会性5)他者を脅す】【非社会性8)犯罪にかかわる交友関係】【非社会性6)だます、嘘を言う】【非社会性9)性的逸脱行動】の8項目が抽出され「非社会性」と命名した。第4因子は【衝動コントロール4)そそのかされる】【衝動コントロール3)先の予測をしない】【衝動コントロール2)待つことができない】【衝動コントロール1)一貫性のない行動】【生活能力12)過度の依存性】【生活能力14)施設への過剰適応】の6項目が抽出され「情動コントロール」と命名した。第5因子は【精神病症状1)通常でない思考内容】【精神病症状5)不適切な疑惑】【精神病症状2)幻覚に基づく行動】【精神病症状6)誇大性】の4項目が抽出され「陽性症状」と命名した。第6因子は【生活能力4)家事や料理をしない】【生活能力5)安全管理】【生活能力6)社会資源の利用】【生活能力2)整容と衛生を保てない】【生活能力3)金銭管理の問題】の5項目が抽出され「生活能力」と命名した。第7因子は【内省・洞察

3)病識】【内省・洞察 2)対象行為への内省】【内省・洞察 4)対象行為の要因理解】【内省・洞察 2)対象行為以外の他害行為】【共感性】【コンプライアンス】【治療効果】の7項目が抽出され「内省・洞察」と命名した。第8因子は【衝動コントロール 5)怒りの感情を行動化】【非精神病性症状 3)怒り】【対人暴力】【非精神病性症状 1)興奮・躁状態】の4項目が抽出され「暴力的な言動」と命名した。第9因子は【治療・ケアの継続性】の全ての小項目5項目が抽出され「治療・ケアの継続性」と命名した。第10因子は【非精神病性症状 5)抑うつ】【自殺企図】【非精神病性症状 6)罪悪感】の3項目が抽出され「自殺企図」と命名した。第11因子は【個人的支援】【現実的計画 7)キーパーソン】の2項目が抽出され「個人的支援」と命名した。第12因子は【物質乱用】の1項目のみであり「物質乱用」と命名した。第13因子は【非精神病性症状 7)心因性の意識障害】【非精神病性症状 9)意識障害】の2項目が抽出され「意識障害」と命名した。第14因子は【精神病症状 4)精神病的なしぐさ】【非精神病性症状 4)感情の平板化】【精神病症状 3)概念の統合障害】の3項目が抽出され「陰性症状・思考障害」と命名した。第15因子は【非社会性 10)放火の兆し】【非社会性 7)故意に器物破損】の2項目が抽出され「非社会的行動」と命名した。第16因子は【非精神病性症状 2)不安・緊張】【ストレス】【現実的計画 4)経済的問題】の3項目が抽出され「ストレス」と命名した。第17因子は【現実的計画 3)住居】【コミュニティ要因】の2項目が抽出され「コミュニティ要因」と命名した。第18因子は【非精神病性症状 8)知的障害】の1項目のみであり「知的障害」と命名した。

また、因子間相関で  $r>.40$  の強い相関が以下の因子間で認められた。現実的計画—治療・ケアの継続( $r=.55$ )、他者との交流—情動コントロール( $r=.41$ )、他者との交流—陽性症状( $r=.42$ )、他者との交流—生活能力( $r=.59$ )、情動コントロ

ール—陽性症状( $r=.43$ )、情動コントロール—生活能力( $r=.62$ )、情動コントロール—暴力的な言動( $r=.43$ )、情動コントロール—ストレス( $r=.44$ )、陽性症状—内省・洞察( $r=.42$ )、陽性症状—暴力( $r=.41$ )と複数にわたって関連していることが明らかとなった。

## 考察

中項目の因子分析では、治療が直接的に影響しやすい「疾病治療」、情動や行動のコントロールに関わる「情動統制」、退院後の治療の連続性に関わる「退院地環境」、向犯罪的思考や対人関係問題に関わる「治療阻害要因」の4因子が抽出された。信頼性係数は第4因子を除いて高く、尺度の内的整合性は概ね高いといえる。

各因子はそれぞれ相関が認められ、共通評価項目の中項目は相互に関連していることが明らかとなった。「疾病治療」は全ての因子と正の相関が認められ、医療観察法における治療は精神症状や内省だけでなく、情動コントロールや環境調整、治療阻害要因への対処とも密に関連している。

因子分析の結果をもとに算出された各因子得点の治療ステージ間比較では「退院地環境」は社会復帰期で標準偏差が大きくなっており、個人差が広がることが明らかとなった。社会復帰期ではケア会議や外泊訓練を通じて具体的な退院調整が進んで得点が低下する対象者と、なかなか具体的な調整が進みにくい対象者が混在していることが推測される。「疾病治療」因子は急性期>回復期>社会復帰期と治療ステージが進むにつれて得点が低下し、治療経過を通じて段階的に改善していると言える。治療が継続して行われることにより、病識が獲得され精神症状も安定してくることが窺われる。「情動統制」因子も同様に急性期>回復期>社会復帰期と治療ステージが進むにつれて得点が低下し、感情や衝動コントロール方法も習得できていることが窺われる。「退院地環境」因子は、急性期≒回復



期>社会復帰期となり、社会復帰期になると得点が低下することが明らかとなった。社会復帰期では退院を見据えて具体的な地域調整が進み、指定通院医療機関をはじめとする地域スタッフとの連携が構築されていくことが示唆される。

「治療障害要因」因子は急性期>回復期>社会復帰期と治療ステージが進むにつれて得点が低下することが明らかとなった。向犯罪思考的な態度や対人交流も重要な治療課題として扱うことにより、治療を阻害しかねない要因を同定したうえで対処法が検討されていることが示唆される。このように各因子得点は治療ステージ間に有意差が認められており、構成概念妥当性としては十分な結果といえる。

小項目をもたない中項目および小項目の因子分析では、18因子が抽出された。多くの因子は中項目のカテゴリーで構成されており、各因子間相関も認められた。第1因子「現実的計画」と第9因子「治療・ケアの継続性」には高い正の相関が認められた。「現実的計画」は地域生活を維持していくために対象者の同意を前提としてフォローアップしていく体制が整っているかを検討する項目群であり、「治療・ケアの継続性」は治療が適切に継続されていくか将来予想も含めて検討する項目群である。いずれも退院後の状況を評価するため、両因子間に高い相関が認められるのは妥当といえる。また第5因子「陽性症状」とは第2因子「他者との交流」・第4因子「情動コントロール」・第7因子「内省・洞察」・第8因子「暴力的な言動」それぞれ高い正の相関が認められた。病状が安定していない状況では、安心して他者とかかわることができなかつたり衝動的言動が多くみられることもあり、内省可能な状況にないことは容易に想像できる。中項目の因子分析においても「疾病治療」は他の因子と密に関連していることが明らかとなっている。多くの因子が中項目のカテゴリーから構成されていることや因子分析結果が中項目のみの結果と同様の傾向が認められるこ

とから、1つの構成概念妥当性の指標ということができる。

一方で【物質乱用】【非精神病性症状 8)知的障害】は治療のうえでは重要な項目であるが、評定がほとんど変動しない項目であり1項目で一つの因子が構成された。必要に応じてアンカーポイントを見直すことも検討。

以上のように因子分析からは構成概念妥当性の傍証ともいえる結果を得た反面、項目の再考を必要とするものも一部明らかになった。本研究は共通評価項目の信頼性・妥当性を検証する一連の研究のひとつであり、他の結果も踏まえて共通評価項目の改訂につなげていきたい。

## 文献

- 1) Douglas, K.S., Ogloff, J.R.P., Hart, S. : Evaluation of a Model of Risk Assessment Among Forensic Psychiatric Patients. *Psychiatric Services*, 54, 1372-1379, 2003.
- 2) 高橋昇、壁屋康洋、西村大樹、砥上恭子、宮田純平、山村卓、西真樹子、古村健、前上里泰史、大原薫、野村照幸、大賀礼子、箕浦由香、小片圭子、今村扶美：共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究(1)評定者間一致度の検証. *司法精神医学*, 7 : 23-31, 2012.
- 3) SKETCH 研究会 統計分科会:臨床データの信頼性と妥当性 サイエンティスト社, 東京, 2005.
- 4) 壁屋康洋、高橋昇：共通評価項目の信頼性・妥当性に関する研究(2)～2010年7月15日現在の入院対象者の記述統計値. 平成 22 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(精神障害分野)分担研究報告書：2011.
- 5) 高橋昇、壁屋康洋、砥上恭子、西村大樹：共通評価項目の信頼性・妥当性に関する研究(4)-項目反応理論による分析(第 7 回司法精神医学会大会 一般演題抄録). *司法精神医学*, 7 : 142, 2012.

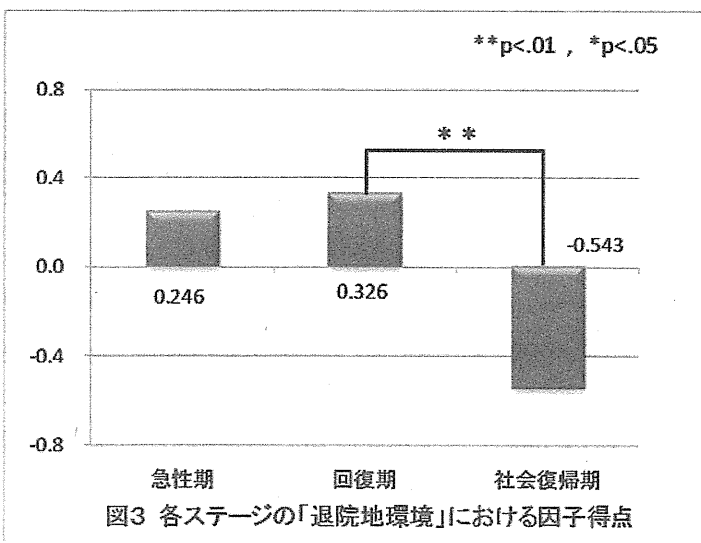
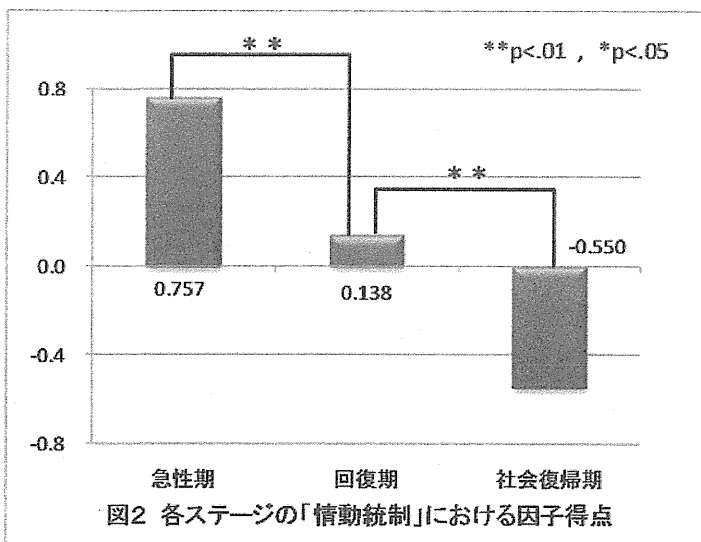
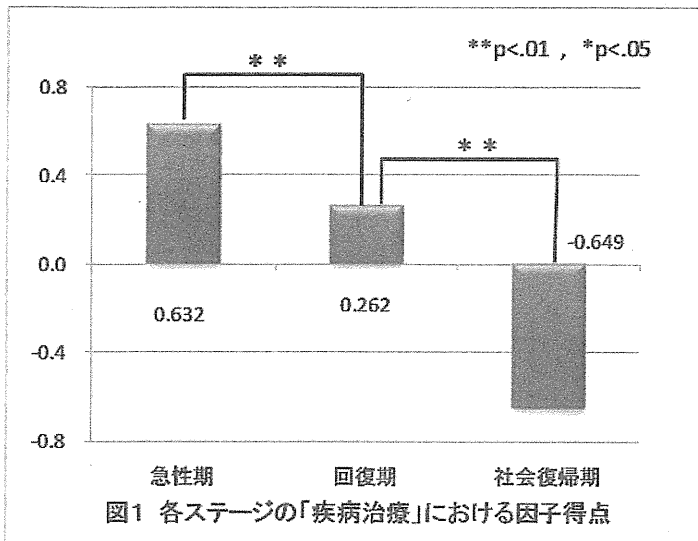
表1 中項目の因子パターン行列(主因子法、Promax回転後)

項目	F1	F2	F3	F4	h <sup>2</sup>
第1因子 疾病治療					
内省・洞察	.786	-.103	.013	.001	.528
精神病症状	.637	.123	.003	-.254	.456
共感性	.575	-.025	-.143	.111	.304
治療効果	.573	-.167	.079	-.011	.264
コンプライアンス	.478	.076	.076	.100	.379
第2因子 情動統制					
非精神病性症状	.061	.665	.080	-.267	.441
衝動コントロール	.118	.654	-.196	.163	.609
対人暴力	-.029	.524	.012	.106	.314
ストレス	.142	.372	.100	.044	.295
自殺企図	-.195	.351	.125	-.117	.072
生活能力	.181	.312	.203	.010	.320
第3因子 退院地環境					
治療・ケアの継続性	.005	.095	.683	-.056	.492
現実的計画	.018	.004	.681	.099	.523
コミュニティ要因	-.010	.033	.592	.244	.496
第4因子 治療阻害要因					
個人的支援	.190	-.106	.123	.402	.254
物質乱用	-.094	-.093	.105	.386	.141
非社会性	-.084	.355	-.042	.363	.300
因子寄与率(%)	23.65	6.41	3.82	2.53	
α係数	.726	.683	.743	.369	
因子間相関	1.000				
	.680	1.000			
	.459	.263	1.000		
	.344	.418	.263	1.000	

表2 各ステージの因子得点 記述統計値、分散分析の結果

		急性期 n = 75	回復期 n = 198	社会復帰期 n = 153	F値	多重比較
疾病治療	Mean (SD)	0.632 (.698)	0.262 (.656)	-0.649 (.881)	95.710**	急>回>社
情動統制	Mean (SD)	0.757 (.719)	0.138 (.805)	-0.550 (.716)	80.763**	急>回>社
退院地環境	Mean (SD)	0.246 (.655)	0.326 (.393)	-0.543 (1.114)	59.673**	急≒回>社
治療阻害要因	Mean (SD)	0.363 (.667)	0.122 (.667)	-0.336 (.774)	30.164**	急>回>社

\*\*p<.01, \*p<.05



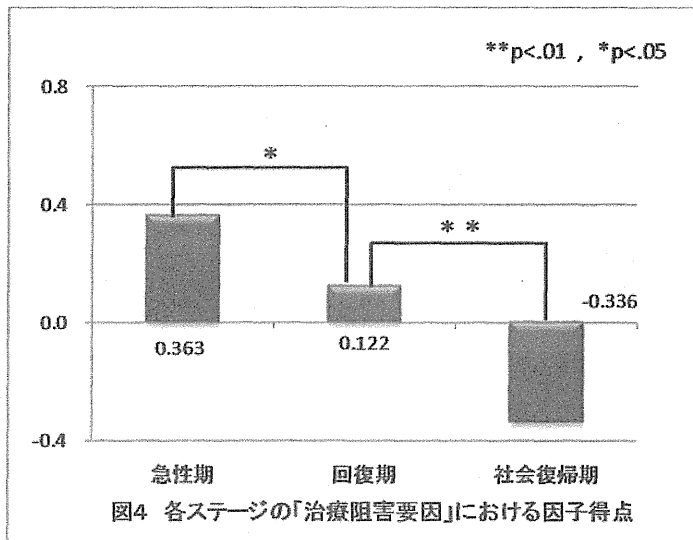


表3 中項目の因子パターン行列(主因子法、Promax回転後)

項目	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	F13	F14	F15	F16	F17	F18	h <sup>2</sup>
第1因子 現実的計画																			
14. 現実的計画-緊急時の対応	.897	-.007	.048	.040	-.055	-.038	.078	-.101	-.024	.034	-.041	-.030	-.020	.030	-.060	-.012	.050	.004	0.765
14. 現実的計画-日中の過ごし方	.888	-.007	-.029	-.013	.046	.055	.060	-.019	-.032	-.006	-.035	-.005	.009	-.081	-.022	-.014	.040	.024	0.804
14. 現実的計画-関係機関との連携	.882	.039	.043	-.036	.024	.012	-.053	-.043	.082	-.020	-.038	-.012	.043	.007	.052	-.121	.062	.010	0.833
14. 現実的計画-地域への受け入れ体制	.841	.034	.024	-.052	-.016	-.005	.008	-.055	.063	.003	.003	-.022	.047	.021	.053	-.047	.098	-.040	0.788
14. 現実的計画-退院後の治療プラン	.839	.014	-.040	.024	-.028	.026	.110	-.013	.018	-.015	-.005	-.069	.059	-.041	.025	-.017	.047	.004	0.774
第2因子 他者との交流																			
5. 生活能力-社会的ひきこもり	.037	.925	-.019	-.119	-.022	-.095	.028	.123	-.067	-.021	.021	-.040	.046	-.012	.009	-.030	-.030	.085	0.718
5. 生活能力-孤立	.049	.905	-.045	-.126	-.015	-.077	.000	.075	-.003	-.008	.049	-.015	.061	.089	.002	-.040	-.030	.028	0.762
5. 生活能力-活動性の低下	-.060	.694	-.009	-.038	-.039	.084	.024	-.049	.006	.000	-.045	.010	.061	.069	.022	-.008	.033	.052	0.513
5. 生活能力-余暇の過ごし方	-.033	.588	.056	.137	-.004	.162	-.037	-.069	-.008	.098	-.044	-.012	-.079	-.056	.013	.041	-.075	.038	0.558
5. 生活能力-コミュニケーション技能	.046	.445	-.035	.217	-.194	.022	.118	-.022	-.087	-.015	-.012	-.015	-.158	.082	.088	.116	.052	.094	0.432
5. 生活能力-生産的活動・役割	.016	.390	.045	.119	.136	.260	-.083	-.051	.062	-.114	-.050	.082	-.020	.001	-.093	-.058	.182	.108	0.503
5. 生活能力-生活リズム	.080	.258	-.020	.157	.050	-.055	-.136	.216	.024	.001	.009	.094	.083	.052	-.085	.116	-.124	-.050	0.386
第3因子 非社会性																			
8. 非社会性-侮辱的な言葉	.037	-.051	.699	.001	.001	-.012	-.006	.051	-.038	.042	.047	-.003	.062	.028	-.110	.025	-.081	.095	0.504
8. 非社会性-特定のタイプに固執	.047	.012	.638	-.002	.043	.001	-.034	.145	-.004	-.009	.010	-.244	-.012	-.025	-.036	.056	.077	.082	0.498
8. 非社会性-社会的規範の蔑視	-.049	.032	.619	.166	-.111	-.077	.084	-.097	.068	-.011	-.042	.207	.030	-.014	.001	.031	-.024	-.012	0.502
8. 非社会性-犯罪志向的な態度	.032	-.021	.547	-.020	-.076	-.121	.003	.020	-.063	.015	-.147	.087	.106	.239	-.008	.039	.181	-.105	0.368
8. 非社会性-他者を脅す	.033	.054	.537	-.260	.050	.060	-.040	.284	-.038	.056	.035	.079	-.173	.008	.035	-.014	-.037	-.018	0.486
8. 非社会性-犯罪にかかわる交友関係	.031	-.016	.467	-.101	-.053	.053	-.019	-.094	-.004	.024	.050	.355	.061	-.003	.050	-.009	-.098	.104	0.342
8. 非社会性-だます、嘘を言う	-.081	-.145	.389	.043	-.017	.141	.093	-.066	.093	-.028	-.013	.072	-.091	-.052	.088	-.035	.003	-.248	0.359
8. 非社会性-性的な逸脱行動	-.082	.113	.297	.200	.116	-.048	.034	-.184	.029	-.094	-.035	-.139	-.025	.079	.094	-.078	.090	-.177	0.272
第4因子 情動コントロール																			
6. 衝動コントロール-そのかされる	.002	-.021	.029	.769	-.032	-.118	.014	-.029	-.040	.017	-.010	-.048	.150	-.043	.014	-.117	.054	.240	0.406
6. 衝動コントロール-先の予測	-.036	-.092	-.081	.764	-.135	-.073	.102	.245	-.025	.025	-.033	.002	.020	.049	.180	.023	.071	.006	0.633
6. 衝動コントロール-待つことができない	-.024	-.144	-.029	.609	-.071	.075	-.026	.282	.049	.070	.041	.015	.004	.109	-.028	-.008	-.073	.099	0.616
6. 衝動コントロール-貫性のない行動	.031	-.078	.104	.596	-.017	.012	.005	.268	-.049	.042	.010	-.014	-.018	.144	-.115	-.104	.007	.016	0.602
5. 生活能力-過度の依存性	.055	.053	.017	.484	-.014	.167	-.010	-.057	.013	.129	-.044	-.115	-.061	-.225	-.005	.016	-.126	-.031	0.378
5. 生活能力-施設への過剰適応	-.031	.221	-.048	.351	.029	-.178	-.059	.002	.051	.115	-.025	-.050	-.124	-.102	-.058	.164	-.041	-.074	0.256
第5因子 陽性症状																			
1. 精神病症状-通常でない思考内容	-.047	.002	-.034	-.143	.807	-.026	.192	.025	.023	.019	-.024	-.044	-.044	.111	.008	.032	.002	-.023	0.769
1. 精神病症状-不適切な疑惑	-.005	-.073	-.050	-.138	.757	.041	.112	.117	-.020	.043	-.073	-.075	.040	-.036	.032	.043	.046	-.076	0.625
1. 精神病症状-幻覚に基づく行動	.052	.008	-.053	.022	.555	-.039	.077	.065	-.025	-.008	-.052	.025	-.077	.277	.112	-.037	-.069	.183	0.571
1. 精神病症状-誇大性	.003	-.072	.040	.004	.497	-.066	.074	-.027	-.102	-.158	.045	.189	.059	.032	-.051	-.041	-.031	-.127	0.361
第6因子 生活能力																			
5. 生活能力-家事や料理	-.041	.009	-.032	-.174	.011	.875	-.029	-.008	.036	.042	.034	.016	.006	.021	.001	.017	.008	-.007	0.634
5. 生活能力-安全管理	.016	-.068	.042	.015	-.001	.788	-.012	.057	-.014	.061	.022	-.042	.040	-.014	-.036	-.041	-.038	.045	0.581
5. 生活能力-社会資源の利用	.094	.034	-.014	.078	-.031	.618	-.017	-.070	-.080	-.108	-.084	.041	-.019	.068	-.062	.143	.119	.164	0.566
5. 生活能力-整容と衛生を保てない	.008	.153	-.072	-.091	-.087	.502	.066	.042	.024	-.008	-.033	-.020	-.073	.239	.035	-.044	-.075	-.041	0.488
5. 生活能力-金銭管理	.025	.073	-.067	.258	.058	.345	-.020	.060	.004	-.142	-.039	.134	-.048	.004	.068	-.030	.009	-.110	0.504
第7因子 内省・洞察																			
4. 内省・洞察-病識	-.002	.032	.037	.098	.177	-.104	.751	-.019	.002	.099	-.111	.169	-.124	-.090	-.065	.028	.020	.009	0.698
4. 内省・洞察-対象行為への内省	.053	-.035	-.034	-.023	.071	.026	.654	.085	.026	.018	.018	-.062	.082	.068	.071	-.076	-.039	-.195	0.609
4. 内省・洞察-対象行為の要因理解	.133	.028	-.058	-.053	.137	-.081	.648	.016	.042	-.035	.016	.056	-.005	-.011	-.033	.186	-.013	.102	0.658
4. 内省・洞察-対象行為以外の他害行為への内省	.023	.000	.099	-.038	.026	.154	.447	.216	-.083	-.115	-.003	-.061	-.013	-.005	-.030	-.112	-.014	-.056	0.417
共感性	-.024	.138	.068	.188	-.021	.029	.302	-.025	-.003	-.009	.242	-.271	.081	.033	.002	-.086	-.135	-.037	0.401
コンプライアンス	-.016	.150	.090	-.042	.113	-.031	.286	.078	.159	.072	.096	.133	-.039	.072	-.031	-.017	-.003	.014	0.408
治療効果	.051	.006	.020	.080	.025	.051	.284	-.172	.052	-.135	.140	-.048	.064	-.017	-.031	.215	-.001	.073	0.275

表3 中項目の因子パターン行列(主因子法、Promax回転後)つづき

項目	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	F13	F14	F15	F16	F17	F18	h <sup>2</sup>
第7因子 内省・洞察																			
4. 内省・洞察-病識	-.002	.032	.037	.098	.177	-.104	<b>.751</b>	-.019	.002	.099	-.111	.169	-.124	-.090	-.065	.028	.020	.009	0.698
4. 内省・洞察-対象行為への内省	.053	-.035	-.034	-.023	.071	.026	<b>.654</b>	.085	.026	.018	.018	-.062	.082	.068	.071	-.076	-.039	-.195	0.609
4. 内省・洞察-対象行為の要因理解	.133	.028	-.058	-.053	.137	-.081	<b>.648</b>	.016	.042	-.035	.016	.056	-.005	-.011	-.033	.186	-.013	.102	0.658
4. 内省・洞察-対象行為以外の他害行為への内省	.023	.000	.099	-.038	.026	.154	<b>.447</b>	.216	-.083	-.115	-.003	-.061	-.013	-.005	-.030	-.112	-.014	-.056	0.417
共感性	-.024	.138	.068	.188	-.021	.029	<b>.302</b>	-.025	-.003	-.009	.242	-.271	.081	.033	.002	-.086	-.135	-.037	0.401
コンプライアンス	-.016	.150	.090	-.042	.113	-.031	<b>.286</b>	.078	.159	.072	.096	.133	-.039	.072	-.031	-.017	-.003	.014	0.408
治療効果	.051	.006	.020	.080	.025	.051	<b>.284</b>	-.172	.052	-.135	.140	-.048	.064	-.017	-.031	.215	-.001	.073	0.275
第8因子 暴力的な言動																			
6. 衝動コントロール-怒りの感情を行動化	-.062	-.086	.020	.287	-.126	.055	.172	<b>.723</b>	-.017	.020	-.057	-.083	-.036	-.076	-.091	.009	.064	.153	0.647
2. 非精神病性症状-怒り	-.083	.034	-.017	.115	.157	-.023	.052	<b>.687</b>	.074	-.100	-.089	-.133	.005	-.143	.007	.081	.065	-.042	0.598
対人暴力	-.013	.159	.035	.029	.035	-.012	.006	<b>.634</b>	-.013	-.044	-.088	.036	.144	-.068	.091	-.069	.149	-.079	0.513
2. 非精神病性症状-興奮・躁状態	.046	-.049	.041	.178	.206	-.007	-.087	<b>.469</b>	-.045	-.069	.048	-.006	.114	.037	-.110	.070	-.032	.016	0.531
第9因子 治療・ケアの継続性																			
17. 治療・ケアの継続性-セルフモニタリング	-.032	.007	-.017	-.052	.013	.023	.106	.024	<b>.766</b>	.031	-.028	.132	-.032	-.050	-.021	-.006	-.009	-.003	0.640
17. 治療・ケアの継続性-モニター	.327	-.041	.011	-.050	-.025	-.070	-.104	-.002	<b>.764</b>	-.040	-.020	-.045	.010	.064	.026	.035	.004	.041	0.810
17. 治療・ケアの継続性-予防	.216	-.036	-.005	.004	-.020	.011	.043	-.066	<b>.736</b>	.020	-.031	.031	.044	-.015	.002	.045	-.064	.005	0.727
17. 治療・ケアの継続性-緊急時の対応合意	.266	-.108	.027	.075	-.061	-.009	-.050	.023	<b>.722</b>	-.030	-.063	-.099	-.081	.048	-.009	-.003	.065	.013	0.723
17. 治療・ケアの継続性-治療同盟	-.111	.170	-.054	.011	.027	.083	.039	.268	<b>.382</b>	.137	.102	.137	.090	-.101	-.010	-.142	.029	.080	0.460
第10因子 自殺企図																			
2. 非精神病性症状-抑うつ	.098	-.027	.008	.002	-.036	.072	.036	-.068	-.095	<b>.745</b>	-.002	.011	.084	.070	-.076	.110	-.059	-.273	0.547
自殺企図	.049	-.009	-.060	.189	.076	.017	-.047	-.073	.001	<b>.680</b>	.020	.041	.021	.055	.172	-.137	.003	.062	0.574
2. 非精神病性症状-罪悪感	-.138	.059	.081	.041	-.074	-.085	.023	-.026	.128	<b>.560</b>	.037	.002	-.013	.142	-.082	.066	.063	-.113	0.327
第11因子 個人的支援																			
個人的支援	-.090	-.028	-.009	-.080	-.089	.036	.054	-.124	-.052	.032	<b>.939</b>	.037	-.008	.013	.063	.130	.101	.107	0.703
14. 現実的計画-キーパーソン	.204	.026	-.042	.121	.066	-.112	-.099	-.059	-.045	.008	<b>.603</b>	.094	-.107	-.061	-.067	-.157	.163	-.031	0.555
第12因子 物質乱用																			
物質乱用	-.069	-.029	.126	-.065	-.005	.010	.053	-.091	.067	.021	.066	<b>.656</b>	.047	-.137	-.033	-.093	.055	.055	0.440
第13因子 意識障害																			
2. 非精神病性症状-心因性の意識障害	.015	.066	-.001	-.008	-.019	-.027	-.056	.147	.035	.021	.002	-.053	<b>.536</b>	.052	.000	.117	-.122	.045	0.337
2. 非精神病性症状-意識障害	.064	-.015	.035	.202	.024	.014	.040	.008	-.097	.089	-.102	.201	<b>.501</b>	-.076	.090	-.018	-.022	.169	0.339
第14因子 陰性症状・思考障害																			
1. 精神病症状-精神病的なしぐさ	.011	.003	.059	.092	.298	.071	-.037	-.151	.017	.051	.035	-.104	-.017	<b>.606</b>	.008	-.029	-.103	.039	0.574
2. 非精神病性症状-感情の平板化	-.034	.282	.049	-.093	-.012	.080	.037	-.096	-.042	.214	-.080	-.129	.016	<b>.535</b>	-.037	.019	.163	-.091	0.496
1. 精神病症状-概念の統合障害	-.084	-.054	-.028	.257	.377	.056	-.081	-.083	.064	-.017	.092	-.028	.007	<b>.392</b>	.003	.063	.043	.133	0.547
第15因子 非社会的行動																			
8. 非社会性-放火の兆し	.018	.037	-.038	.057	.057	-.028	-.023	-.065	-.004	-.005	.024	-.034	.075	.007	<b>.671</b>	.139	.024	.032	0.424
8. 非社会性-故意に器物破損する	.071	.008	.258	.019	.022	-.053	-.090	.188	-.037	-.039	.061	-.013	-.115	-.101	<b>.388</b>	.142	-.059	.025	0.420

表3 中項目の因子パターン行列(主因子法、Promax回転後)つづき

項目	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	F13	F14	F15	F16	F17	F18	h <sup>2</sup>
第16因子 ストレス																			
2. 非精神病性症状—不安・緊張	-.036	-.035	.067	.043	.269	.082	-.166	.059	-.012	.201	.012	-.041	.113	-.052	.093	<b>.480</b>	.093	-.019	0.531
ストレス	-.006	-.028	-.001	.027	-.053	.140	.204	.069	.011	.054	.138	-.002	.058	-.044	.079	<b>.390</b>	.068	-.009	0.348
14. 現実的計画—経済的問題	.193	-.003	-.041	.185	.076	.092	-.025	.006	-.015	.080	.032	.116	-.003	-.069	-.096	<b>-.359</b>	.084	-.064	0.213
第17因子 コミュニティ要因																			
14. 現実的計画—住居	.443	-.022	-.018	.045	.051	-.037	-.064	.138	-.052	.030	.138	.048	-.198	.027	-.010	-.068	<b>.613</b>	-.094	0.708
コミュニティ要因	.337	-.012	-.010	-.092	-.085	.051	.001	.180	.068	-.016	.154	.041	.070	.009	.038	.138	<b>.513</b>	-.107	0.637
第18因子 知的障害																			
2. 非精神病性症状—知的障害	-.054	.154	.053	.302	-.011	.087	-.060	-.004	.049	-.218	.074	.072	.096	-.002	.044	.020	-.103	<b>.506</b>	0.324
因子寄与率(%)	19.591	8.8846	5.7709	3.9812	3.0505	2.47	2.2239	1.8745	1.5653	1.2736	1.1981	1.1168	1.0173	0.924					
α係数	.946	.837	.753	.774	.779	.810	.801	.796	.852	.512	.700		.438	.693	.492	.309	.805		
因子間相関	F1	1.000																	
	F2	.286	1.000																
	F3	.128	.070	1.000															
	F4	.274	<b>.407</b>	.328	1.000														
	F5	.312	<b>.417</b>	.106	<b>.426</b>	1.000													
	F6	.324	<b>.588</b>	.153	<b>.619</b>	.362	1.000												
	F7	.276	.394	.160	.259	<b>.423</b>	.360	1.000											
	F8	.212	.261	.371	<b>.429</b>	<b>.414</b>	.344	.304	1.000										
	F9	<b>.551</b>	.312	.169	.248	.278	.323	.398	.199	1.000									
	F10	-.009	.150	-.143	.061	.095	.029	-.071	.045	-.017	1.000								
	F11	.375	.257	.275	.341	.272	.248	.269	.383	.329	-.059	1.000							
	F12	.253	.076	.123	.270	.091	.174	.031	.257	.075	-.069	.260	1.000						
	F13	-.015	-.023	.092	.016	.159	-.097	.058	.019	.115	.027	.081	-.058	1.000					
	F14	.084	.306	-.020	.304	.252	.340	.237	.290	.086	-.076	.020	.111	.032	1.000				
	F15	-.014	.055	.225	.020	.001	.048	-.030	.202	.008	.069	.019	.065	-.138	.028	1.000			
	F16	.207	.331	-.015	<b>.439</b>	.289	.333	.067	.218	.122	.172	.068	.136	-.040	.212	-.138	1.000		
	F17	.195	.039	-.044	-.035	.100	-.020	.177	-.217	.261	.095	.027	-.062	.202	-.124	-.052	-.002	1.000	
	F18	-.113	-.110	-.207	-.242	-.049	-.153	.032	-.149	-.080	.313	-.288	-.219	-.055	.035	-.103	.000	.195	1.000

## 第2章

### 共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究 (11)

#### ～SAI-J、DAI-30 と共通評価項目下位項目との関連

**目的：**共通評価項目は医療観察法医療において継続的な評価として用いられる全国共通の尺度であり、信頼性と妥当性の検証を行うことが求められている。

これまでの研究で評定者間信頼性の検証<sup>1)</sup>、治療ステージと共通評価項目の評点との関係の検討<sup>2)</sup>、共通評価項目の因子分析による構成概念妥当性の検討<sup>3)</sup>、項目反応理論を用いた分析<sup>4)</sup>、入院処遇期間と初回入院継続時の評定との関連の検証<sup>5)</sup>を行ってきた。また収束妥当性の評価として全体的機能の評価としてのGAF尺度との相関、および生活能力としてのICFとの相関を検証した<sup>6)</sup>。共通評価項目は医療観察法の対象者を多様な項目で評価しており、生活能力や機能はその一部である。収束妥当性の検証については、共通評価項目の各項目について網羅的に検証を重ねることが理想と言える。

本研究では病識 (SAI-J) および服薬感 (DAI-30) の尺度との相関を検討することで、病識やコンプライアンスに関する下位項目の収束妥当性の評価を行う。特に【内省・洞察】の項目については、入院処遇期間と初回入院継続時の評定との関連の検証<sup>5)</sup>の中で入院長期化の予測につながる項目であることが明らかになっており、この項目の収束妥当性が明らかになることは重要である。本論により、共通評価項目の妥当性の評価をさらに積み上げていきたい。

#### 方法

##### a. 対象

本研究の対象は2011年1月1日から2011年10月31日の期間中に初回入院継続申請があった対象者であり、そのうち研究協力が得

られ、2011年10月31日時点でのデータが収集できた20の指定入院医療機関からの222名分のデータを用いた。

##### b. 尺度と解析

入院6か月時に担当看護師によって評価されたSAI-JおよびDAI-30と、初回入院継続時共通評価項目の各評定とのピアソンの積率相関係数を算出した。なお、対象者からの退院請求で初回入院継続申請が6か月を超えた対象者のデータは解析から除外し、欠損値に関してはペアワイズで除外した。

SAI-J(The Schedule for Assessment of Insight)は酒井ら(2000)<sup>7)</sup>によって信頼性と妥当性が検証されており、特に併存妥当性はPANSS「病識と判断力の欠如」項目とのSpearman順位相関係数 $r=0.53$ となっており、併存妥当性が示されている。本研究ではSAI-Jの合計点、および【治療と服薬の必要性】、【自己の疾病についての意識】、【精神症状についての意識】、【補足項目得点】のそれぞれの下位尺度を解析に用いた

DAI-30 (Drug Attitude Inventory) はHoganら(1983)<sup>8)</sup>によって開発され、宮田ら(1996)<sup>9)</sup>によって日本語版の開発と信頼性の検討がなされている。Hoganら(1983)<sup>8)</sup>による弁別妥当性の検証では、担当治療者によって分類された服薬遵守群と非遵守群を各項目が有意に弁別したことが妥当性の根拠とされる。本研究ではDAI-30の合計点および7つの下位因子のそれぞれを解析に用いた。

##### c. 倫理的な配慮

各指定入院医療機関の研究協力者から入院対象者の情報を収集する際には、住所・氏名



ならびに会社名・学校名・地名等個人の特定につながるような個人情報には削除し、データの受け渡しにはデータの暗号化を行った。発表には統計的な値のみを発表し、一事例の詳細な情報を発表することはしない。以上の配慮をもって、研究代表者の所属施設である肥前精神医療センターの倫理委員会での許可を得て本研究を実施した。

## 結果

### a. SAI-J との相関

共通評価項目の中項目【内省・洞察】および【内省・洞察】の小項目【内省・洞察3）病識】、【内省・洞察4）対象行為への要因理解】、また中項目【コンプライアンス】、およびSAI-J合計点とSAI-Jの下位尺度それぞれの基礎統計量を表1に示す。

SAI-J およびその下位尺度と、共通評価項目【内省・洞察】、【内省・洞察3）病識】、【内省・洞察4）対象行為への要因理解】、【コンプライアンス】とのピアソンの積率相関係数を表2に挙げる。

中項目【内省・洞察】とSAI-Jとの相関は表2のように $r=-0.19\sim-0.27$ の範囲にあり、それぞれ有意ではあるが低い相関に留まった。

【内省・洞察3）病識】とSAI-Jとの相関は表2のように $r=-0.16\sim-0.41$ の範囲にある。特にSAI-J合計点と $r=-0.37$ 、下位尺度【2.自己の疾病についての認識】と $r=-0.41$ 等となり、合計点及び【2.自己の疾病についての認識】との相関は十分と言える値であった。

【内省・洞察4）対象行為への要因理解】とSAI-Jとの相関は表2のように $r=-0.07\sim-0.20$ の範囲にある。特に【1.治療と服薬の必要性】、【補足項目】との間の相関は有意になっておらず、総じて低い値に留まった。

中項目【コンプライアンス】とSAI-Jとの相関は表2のように $r=-0.13\sim-0.29$ の範

囲にあり、それぞれ有意ではあるが低い相関に留まった。

### b. DAI-30 との相関

DAI-30の下位因子とSAI-J下位項目との相関を表3に挙げる。表3のように、DAI-30合計点とSAI-J合計点およびSAI-Jの下位因子【2.自己の疾病についての認識】との相関、またDAI-30の第1因子【主観的な肯定的側面】とSAI-JおよびSAI-Jの下位因子【2.自己の疾病についての認識】との相関は十分な値であったが、DAI-30の第2因子以降は概して低い相関に留まった。

DAI-30およびその下位尺度と、共通評価項目【内省・洞察】、【内省・洞察3）病識】、【内省・洞察4）対象行為への要因理解】、【コンプライアンス】とのピアソンの積率相関係数を表4に挙げる。表4に示すように、DAI-30と共通評価項目の【内省・洞察】およびその小項目、また【コンプライアンス】との相関はいずれも統計的に有意な値にもならず、相関は認められなかった。

## 考察

### a. SAI-J との相関から評価される【内省・洞察】項目の収束妥当性

SAI-Jと中項目【内省・洞察】との相関はやや低い値であったが、共通評価項目で評価される内省・洞察が対象行為への内省と病識などを評価する複合的な概念であることを鑑みれば、妥当性の傍証とは言えないまでも項目の妥当性を損なうとは言い切れない。今後他の妥当性研究の結果と合わせ、【内省・洞察】の項目の性質について総合的に考える必要がある。

小項目【内省・洞察3）病識】とSAI-Jとの相関では、SAI-Jの下位尺度【2.自己の疾病についての認識】との概念の一致度および相関係数の値から、収束妥当性として十分な

結果が得られたと考えられる。

【内省・洞察 4）対象行為への要因理解】と SAI-J との相関はやや低い値であったが、本項目が病識に加えて対象行為の要因を理解することを求めたもので、SAI-J や小項目【内省・洞察 3）病識】で求められる以上の理解を必要とすることから、本項目と SAI-J との相関の低さは妥当性の傍証とは言えないまでも項目の妥当性を損なうとは言い切れない。今後他の妥当性研究の結果と合わせて総合的に考える必要があると言える。

#### b. DAI-30 との相関から評価される【コンプライアンス】項目の収束妥当性

DAI-30 は「薬に対する構え」ないし「服薬観」の指標として、ひいては服薬アドヒアランスの指標として楫野ら(2010)<sup>10)</sup>、黒田ら(2007)<sup>11)</sup>によって用いられている。現著者である Hogan ら(1983)<sup>8)</sup>でも臨床群の服薬コンプライアンスによって弁別妥当性が示されている。本研究結果で得られた DAI-30 およびその下位因子との相関は低すぎるとも考えられるが、【コンプライアンス】項目と SAI-J および SAI-J の下位項目との相関の程度、共通評価項目の【コンプライアンス】は多職種チームの治療介入全体に対するコンプライアンスを評価するもので服薬はその一部に留まることを鑑みると、本研究結果からの【コンプライアンス】項目の妥当性を評価する上ではなお議論の余地がある。今後他の研究結果と併せて、尺度改訂時に【コンプライアンス】項目の再検討を行いたい。

#### 結語

本研究において SAI-J、DAI-30 との相関によって病識やコンプライアンスに関する下位項目の収束妥当性の評価を行ったところ、小項目【内省・洞察 3）病識】については一定の収束妥当性が認められた。しかしその一方

で他の項目については十分な値が得られなかった。また中項目【コンプライアンス】については、DAI-30 との相関が低く、項目の妥当性に疑問が残った。今後も妥当性の検証を重ね、尺度の標準化につなげていきたい

#### 文献

- 1) 高橋昇、壁屋康洋、西村大樹、砥上恭子ら：共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究(1) 評定者間一致度の検証. 司法精神医学,7:23-31,2012.
- 2) 壁屋康洋、高橋昇：共通評価項目の信頼性・妥当性に関する研究(2)～2010年7月15日現在の入院対象者の記述統計値. 平成22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(精神障害分野) 分担研究報告書：2011.
- 3) 砥上恭子、壁屋康洋、高橋昇、西村大樹：共通評価項目の信頼性・妥当性に関する研究(3). 第7回日本司法精神医学会大会 抄録集:48,2011.
- 4) 高橋昇、壁屋康洋、砥上恭子、西村大樹：共通評価項目の信頼性・妥当性に関する研究(4) -項目反応理論による分析-. 第7回日本司法精神医学会大会 抄録集:48,2011.
- 5) 西村大樹、高橋昇、壁屋康洋、砥上恭子：共通評価項目の信頼性・妥当性に関する研究(5) -入院処遇期間による検討-. 日本心理臨床学会第30回大会論文集：621,2011.
- 6) 壁屋康洋、高橋昇、西村大樹、砥上恭子、野村照幸、古村健、箕浦由香、前上里泰史、朝波千尋、宮田純平：共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究(6) 収束妥当性の検証. 司法精神医学,8,20-29,2013.
- 7) 酒井佳永、金吉晴、秋山剛、立森久照、栗田広：病識尺度(The Schedule for Assessment of Insight)日本語版(SAI-J)の信頼性と妥当性の検討. 臨床精神医学,29(2):177-183,2000.
- 8) Hogan,T.P., Awad,A.G., Eastwood,R.: A

self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics: reliability and discriminative validity. Psychological Medicine,13:177-183,1983.

9) 宮田量治、藤井康男、稲垣中、八木剛平: 精神分裂病患者への薬物療法とクオリティ・オブ・ライフ (その1) 薬に対する構えの調査表 (Drug Attitude Inventory 日本語版) による検討. 精神神経学雑誌,98:1045-1046,1996.

10) 楫野由美子、柏村政江、藤井真: 地域

で生活する統合失調症患者の服薬観とアドヒアランスの傾向—地域服薬心理教育参加者のDAI-30の結果から. 日本精神科看護学会誌,53(3):159-163,2010

11) 黒田直明、林志光、森田展彰、木代真樹、柏瀬宏隆、中谷陽二: 外来通院中の統合失調症患者の服薬観に関連する要因について—DAI-30による検討—. 臨床精神医学,36(8):995-1003,2007.

表1 【内省・洞察】、【コンプライアンス】、SAI-Jの基礎統計量

	n	平均	標準偏差	
共通評価項目	内省・洞察	219	1.75	0.47
	内省・洞察3) 病識	219	1.37	0.61
	内省・洞察4) 対象行為への要因理解	219	1.64	0.58
	コンプライアンス	219	1.25	0.60
SAI-J	SAI-J合計	170	12.70	4.68
	1. 治療と服薬の必要性	172	5.19	1.31
	2. 自己の疾病についての認識	172	3.77	1.85
	3. 精神症状についての意識	172	1.92	1.52
	補足項目	144	2.08	1.24

表2 SAI-Jおよびその下位尺度と、共通評価項目【内省・洞察】、【内省・洞察3) 病識】、【内省・洞察4) 対象行為への要因理解】、【コンプライアンス】とのピアソンの積率相関係数

	共通評価項目			
	内省・洞察	内省・洞察3) 病識	内省・洞察4) 対象行為への要因理解	コンプライアンス
SAI-J合計	-0.27	-0.37	-0.19	-0.27
1. 治療と服薬の必要性	-0.19	-0.23	-0.07	-0.18
SAI-J 2. 自己の疾病についての認識	-0.27	-0.41	-0.17	-0.29
3. 精神症状についての意識	-0.21	-0.29	-0.20	-0.19
補足項目	-0.20	-0.16	-0.12	-0.13

表3 SAI-JとDAI-30とのピアソンの積率相関係数

	SAI-J合計	SAI-J下位項目			補足項目
		1. 治療と服薬の必要性	2. 自己の疾病についての認識	3. 精神症状についての意識	
DAI-30合計	0.31	0.18	0.37	0.21	0.14
第1因子	0.35	0.17	0.42	0.26	0.14
主観的な肯定的側面					
第2因子	0.22	0.15	0.22	0.14	0.2
主観的な否定的側面					
第3因子	0.09	0.06	0.14	0.08	0.04
健康／病気					
第4因子	0.18	0.1	0.17	0.16	0.09
医師との関係					
第5因子	0.19	0.09	0.12	0.18	0.13
自己統制					
第6因子	0.16	0.06	0.26	0.03	0
再発予防					
第7因子	0.13	0.09	0.16	0.13	0
薬物の害					