

【生活能力】の項目は評定者間信頼性が0.51と Substantial 水準<sup>15)</sup>には届かず、Moderate 水準に留まった<sup>1)</sup>(表2)。入院期間における評定の推移を見た構成概念妥当性では、回復期から社会復帰期にかけて評定が下がっており<sup>2)</sup>(表2)、項目反応理論においても困難度、識別力ともに十分な値である<sup>5)</sup>。予測妥当性の研究からは入院期間や退院後の入院や問題高度との関連は見出せなかった<sup>6)8)</sup>(表3、表6)が、GAFやICFとの関連による収束妥当性は得られている<sup>7)</sup>(表4、表5)。

【生活能力】小項目について順に見ていく。【生活リズム】は評定者間信頼性<sup>1)</sup>(表14)も高く、GAFやICFとの関連による収束妥当性も得られ<sup>7)</sup>(表15)、退院後の精神保健福祉法入院にも関わる<sup>8)</sup>(表14)、意味のある項目と言える。【整容と衛生】、【金銭管理】、【家事や料理】、【安全管理】、【コミュニケーション】、【社会的引きこもり】、【孤立】、【活動性の低さ】の各項目も評定者間信頼性<sup>1)</sup>(表14)、GAFやICFとの関連による収束妥当性<sup>7)</sup>(表15)ともに十分な値が得られている。一方で予測妥当性には関わらないため、個々の項目としては信頼性・妥当性ともにあるが共通評価項目の尺度の一部として見た場合の位置づけという点では検討の余地が残る。

【社会資源の利用】と【余暇を有効に過ごせない】との項目は評定者間信頼性が0.5ポイント台で Substantial 水準<sup>15)</sup>には届かず、Moderate 水準に留まった<sup>1)</sup>(表14)。GAFやICFとの関連による収束妥当性は得られており<sup>7)</sup>(表15)、前記の8項目同様に項目としては一定の信頼性・妥当性があるとみなせるが、尺度の一部としての位置に検討の余地が残る。【生産的活動・役割】と【施設への過剰適応】は評定者間信頼性が0.4ポイント台の Moderate 水準で<sup>1)</sup>(表14)、ICFでは収束妥当性の指標として適切な項目がなかった<sup>7)</sup>(表16)。【過度の依存】については評定

者間信頼性が十分でない<sup>1)</sup>(表14)のために再考が必要である。【生活能力】は小項目を14項目含んでいるが、項目全体の意味も含めて検討する余地があると言える。

## 6) 衝動コントロール

【衝動コントロール】の項目は評定者間信頼性が高く<sup>1)</sup>(表2)。入院期間における評定の推移を見た構成概念妥当性では、急性期、回復期、社会復帰期の順に評定が下がっており<sup>2)</sup>(表2)、項目反応理論においても困難度、識別力ともに十分な値である<sup>5)</sup>。収束妥当性ではGAFとの関連<sup>7)</sup>(表4)、BSIの【社会的リスクアセスメント】項目との関連が十分あり<sup>11)</sup>(表7)、一定の傍証が得られている。しかし予測妥当性に関しては、入院の長期化<sup>6)</sup>(表3)、精神保健福祉法入院および退院後の問題行動ともに結果が得られなかった<sup>8)</sup>(表6)。

小項目では5つの小項目全てが十分な評定者間信頼性が得られている<sup>1)</sup>(表17)が、【怒りの感情を行動化】項目はBSI社会的リスクアセスメント項目との関連による収束妥当性が示されている<sup>11)</sup>(表18)一方、精神保健福祉法入院の予測に関しては、入院有り群10名全員が0点であったために【怒りの感情を行動化】項目が低い方が精神保健福祉法入院をしやすいという結果になっている<sup>9)</sup>(表18)。他に妥当性の指標はなく、予測妥当性については更なる検証が必要である。

## 7) 共感性

【共感性】の項目は評定者間信頼性が0.53と Substantial 水準<sup>15)</sup>には届かなかったが、Moderate 水準は得られた<sup>1)</sup>(表2)。項目反応理論では2点の評価間隔が非常に狭いという特徴があったが、識別力・困難度に関して問題はない<sup>5)</sup>(表3)。評価間隔と評定者間信頼性に関しては、アンカーポイントで「2点

は特別な場合に限る」という条件があるために生じた特徴であり、この条件に関しては検討の余地が残る。

収束妥当性では BSI【共感】との弱い相関が認められている<sup>11)</sup>(表 7)。予測妥当性研究では入院の長期化因子にはなっていないが<sup>6)</sup>(表 3)、退院後の問題行動と関係していることが示された<sup>7)</sup>(表 6)。アンカーポイントについては検討の余地があるが、問題行動の予測の点で重要な項目と言える。

### 8) 非社会性

【非社会性】の項目は評定者間信頼性が 0.57 と Substantial 水準<sup>15)</sup>には届かなかったが、Moderate 水準は得られた<sup>1)</sup>(表 2)。項目反応理論では 1 点の出現確率が、0 点、2 点の出現確率を上回ることがなく、0 点か 2 点かという二値的に評価されていて識別力の弱い項目となっている<sup>5)</sup>(表 3)。構成概念妥当性としては GAF との相関、BSI【社会的リスクアセスメント】との相関において一定の結果が得られた<sup>11)</sup>(表 7)。予測妥当性研究では【共感性】同様に入院の長期化因子にはなっていないが<sup>6)</sup>(表 3)、退院後の問題行動と関係していることが示された<sup>7)</sup>(表 6)。

一方、小項目については【性的逸脱行動】のみ評定者間信頼性が Substantial 水準<sup>15)</sup>で、10 項目中 7 項目が Moderate 水準にも達しなかった<sup>1)</sup>(表 19)。これは各小項目の出現頻度が非常に低い<sup>1)</sup>ためであり、1 つ 1 つの小項目を評価して中項目の評価を行うという構造について検討する必要がある。

### 9) 対人暴力

【対人暴力】の項目は評定者間信頼性は十分高い値である<sup>1)</sup>(表 2)。入院期間における評定の推移を見た構成概念妥当性では、急性期、回復期、社会復帰期の順に評定が下がっている<sup>2)</sup>(表 2)が、項目反応理論において

は 1 点の出現確率が、0 点、2 点の出現確率を上回ることがなく、0 点か 2 点かという二値的に評価されている項目となっている<sup>5)</sup>

(表 3)。信頼性はあるが妥当性としては BSI【社会的リスクアセスメント】との相関も低く<sup>11)</sup>(表 7)、暴力の経過の記録という以上の役割をこの項目が果たしているか疑問である。

### 10) 個人的支援

【個人的支援】の項目は評定者間信頼性が 0.58 と Substantial 水準<sup>15)</sup>には届かなかったが、Moderate 水準は得られた<sup>1)</sup>(表 2)。項目反応理論では 1 点と 2 点の評価間隔が狭く識別力の弱い項目となっているが、明らかな問題というほどではない<sup>5)</sup>(表 3)。収束妥当性では ICF の環境因子との相関<sup>7)</sup>(表 6)、BSI【社会的リスクアセスメント】との相関において一定の結果が得られた<sup>11)</sup>(表 7)。予測妥当性としては入院長期化の予測に関し、ロジスティック回帰分析では長期化を予測する変数とはならなかったものの、長期化群と標準群との差の比較では有意差が認められている<sup>6)</sup>(表 3)。退院後の精神保健福祉法入院や問題行動との関連は認められていないが<sup>8)</sup>(表 6)、意味のある項目と考えられる。

### 11) コミュニティ要因

【コミュニティ要因】の項目は評定者間信頼性は十分高い値である<sup>1)</sup>(表 2)。項目反応理論では 2 点の評価範囲が広い項目となっているが、明らかな問題というほどではない<sup>5)</sup>(表 3)。収束妥当性では ICF の環境因子との相関<sup>7)</sup>(表 6)において十分な結果が得られた<sup>11)</sup>(表 7)。予測妥当性としては入院長期化の予測<sup>6)</sup>(表 3)や退院後の精神保健福祉法入院や問題行動との関連<sup>8)</sup>(表 6)にも関わっていない。予測妥当性については更なる検証が必要である。

## 12) ストレス

【ストレス】の項目は評定者間信頼性が0.54とSubstantial水準<sup>15)</sup>には届かなかったが、Moderate水準は得られた<sup>1)</sup>(表2)。項目反応理論では0点と評価される確率が非常に低くなっているが、明らかな問題というほどではない<sup>5)</sup>(表3)。収束妥当性ではGAFとの相関<sup>7)</sup>(表4)、ICFの【ストレスへの対処】との相関<sup>7)</sup>(表5)が得られているが、ICF【ストレスへの対処】との相関は0.23と弱い相関にとどまっており、十分な結果とは言いがたい<sup>7)</sup>(表5)。予測妥当性としては入院長期化の予測<sup>6)</sup>(表3)や退院後の精神保健福祉法入院や問題行動との関連<sup>8)</sup>(表6)にも関わっていない。HCR-20等の他のリスクアセスメントツールにも含まれている項目であり、予測妥当性については更なる検証が必要である。

## 13) 物質乱用

【物質乱用】の項目は評定者間信頼性は十分である<sup>1)</sup>(表2)が、入院中の評価では治療ステージ間で有意差がなく<sup>2)</sup>(表2)、項目反応理論では識別力が非常に低く、困難度も非常に低い項目で、17項目全体との相関も低い<sup>5)</sup>(表3)。薬物乱用者を除いてAUDITとの相関を調べたところ $r=.58$ と十分な結果が得られており(表9)、一定の収束妥当性は認められる。予測妥当性としては入院長期化の予測<sup>6)</sup>(表3)や退院後の精神保健福祉法入院や問題行動との関連<sup>8)</sup>(表6)にも関わっていない。暴力リスクと関連すると言われる項目であるが、静的な評価になることから共通評価項目の17項目の中では【自殺企図】と同様に異質な項目となっていると考えられる。項目の位置づけについて再考を要する。

## 14) 現実的計画

【現実的計画】の項目は評定者間信頼性は

十分高い値である<sup>1)</sup>(表2)。項目反応理論では2点と評価される確率が非常に高い項目となっているが、明らかな問題というほどではない<sup>5)</sup>(表3)。妥当性研究では入院長期化に関わることが示されている<sup>6)</sup>(表3)が、退院後の精神保健福祉法入院や問題行動との関連<sup>8)</sup>(表6)にも関わっていない。項目の特性上、収束妥当性の指標となる他の尺度がなく、収束妥当性の検討はできていない。

小項目では【生活費】の項目のみ0.59とSubstantial水準<sup>15)</sup>には届かなかったが、Moderate水準は得られた<sup>1)</sup>(表21)。他の小項目は十分な評定者間信頼性が得られている。各小項目は入院長期化<sup>6)</sup>(表21)や退院後の精神保健福祉法入院や問題行動との関連<sup>8)</sup>(表21)も示されず、収束妥当性の検討もできていない。

## 15) コンプライアンス

【コンプライアンス】の項目は評定者間信頼性は十分高い値である<sup>1)</sup>(表2)。項目反応理論では識別力が高く、困難度のバランスも取れた項目となっている<sup>5)</sup>(表3)。しかし予測妥当性研究では入院長期化<sup>6)</sup>(表3)や退院後の精神保健福祉法入院や問題行動との関連<sup>8)</sup>(表6)も示されていない。収束妥当性ではGAFとの中等度の相関が認められ<sup>7)</sup>(表4)、BSIの【洞察】<sup>11)</sup>(表7)やSAI-J合計点やSAI-J【自己の疾病についての認識】との弱い相関が認められた<sup>12)</sup>(表7)一方、DAI-30との相関は非常に低い値であった<sup>12)</sup>(表7)。今後はコンプライアンスの概念についても検討する余地があると考えられる。

## 16) 治療効果

【治療効果】の項目は評定者間信頼性が0.51とSubstantial水準<sup>15)</sup>には届かなかったが、Moderate水準は得られた<sup>1)</sup>(表2)。項目反応理論では2点と評価される確率が非常

に低く、1点の評価間隔が非常に低い項目となっている<sup>5)</sup>(表3)。項目反応理論上は明らかかな問題というほどではないが、この評定の特性は2点は特別な場合に限るというルールになっているためであり、ここから級内相関係数を下げることに繋がっていると考えられる。予測妥当性研究では入院長期化<sup>6)</sup>(表3)や退院後の精神保健福祉法入院や問題行動との関連<sup>8)</sup>(表6)も示されていない。収束妥当性ではBSIの各因子<sup>11)</sup>(表7)、およびIQとの弱い相関<sup>12)</sup>(表9)が認められている。今後は【治療効果】項目のアンカーポイントや位置づけについても検討する余地があると考えられる。

#### 17) 治療・ケアの継続性

【治療・ケアの継続性】の項目は評定者間信頼性は十分高い値である<sup>1)</sup>(表2)。項目反応理論では2点と評価される確率が非常に高く、かなり状態が良くなると1点、0点と評定される確率が高くなるとは言い難い。収束妥当性ではGAFとの中程度の相関が認められている<sup>7)</sup>(表4)が、他には項目の特性上、収束妥当性の指標となる尺度がなく、収束妥当性の検討が十分できているとは言い難い。

小項目では全ての項目が十分な評定者間信頼性を示しているが<sup>1)</sup>(表23)、とりわけ【セルフモニタリング】は予測妥当性として退院後の問題行動に関わり<sup>8)</sup>(表23)、構成概念妥当性としてもBSIの【洞察】、【共感】との弱い相関<sup>11)</sup>(表24)、SECL【日常生活】との弱い相関<sup>13)</sup>(表24)が認められており、中項目として他の項目とまとめるよりも特徴として意味のある項目となり得る。今後は小項目と中項目の構成を検討することも可能であると考えられる。

#### 今後の尺度改訂へ向けて

これまでの信頼性と妥当性に関する研究結果からみた各項目の特徴を挙げたが、中でも項目反応理論によって【自殺企図】と【物質乱用】の項目の特異性が示されているが、尺度全体として何を目的としているかということが妥当性の検証のためにも欠かせない。共通評価項目がモデルの1つとしているHCR-20<sup>16)</sup>は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として、尺度の妥当性の大半はROC分析によるAUCの値を求めており<sup>17)</sup>。各下位項目の妥当性についても複数の暴力の予測研究から根拠としている<sup>18)</sup>。20種のストレングスとバルネラビリティから構成される短期リスクのアセスメントツールであるShort-Term Assessment of Risk and Treatability (START)<sup>19)</sup>もフォローアップ期間を短期に区切った各種の問題行動の予測妥当性を調べている。尺度全体の妥当性の指標を何に持つてくるかという点を考えると、「共通評価項目は何を測っているのか?」「共通評価項目で何を測りたいのか?」という議論<sup>21)</sup>に立ち返る必要が生じる。妥当性研究を経たのち、上述の各項目の特徴を鑑みながら、1つの目的と信頼性・妥当性を持った尺度として改訂する必要がある。

尺度改訂のプロセスを考えた際、「多職種による治療の共通言語」<sup>21)</sup>という共通評価項目の特徴を考慮に入れると、使用しやすさを重要視する必要がある。HCR-20は現在第2版から第3版への改訂が進められているが、そのプロセスで複数のベータテストを行い、利用者の感想を集めている<sup>22)</sup>。今後の共通評価項目の改訂では、同様に改訂版のベータテストというのが必要なプロセスと考えられる。今後、本論で挙げた各項目の特徴を踏まえつつ、広く使用者の意見を募り尺度としての改訂へと歩みを進めたい。

## 文献

- 1) 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.
- 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：107～180,2011.
- 3) 壁屋康洋、高橋昇、砥上恭子、西村大樹、野村照幸、古村健、山本哲裕、中川桜、川田加奈子、西真樹子、箕浦由香：共通評価項目の信頼性・妥当性に関する研究（2）下位項目得点と治療ステージとの関連の検証（第7回司法精神医学会大会一般演題抄録）。司法精神医学,7：141,2012.
- 4) 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回司法精神医学会大会一般演題抄録）。司法精神医学,7：142,2012.
- 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.
- 6) 西村大樹、高橋昇、壁屋康洋、砥上恭子、野村照幸、古村健、山本哲裕、中川桜、川田加奈子、西真樹子、箕浦由香、宮田純平、前上里康史、比嘉麻美子、喜如嘉紗世、横田聡子、山下泉、東海林勝、大原薫、辰野陽子、今村扶美、岡田秀美、小片圭子、松下亮、磯川早苗、堀内美穂、高橋紀子、小川佳子、大賀礼子、小川歩、須賀雅浩、荒井宏文、深瀬亜矢、大岩三恵、林聖子、柿田知敏、常包知秀、山下豊、笠井正一、小原昌之、田桑誠、菊池安希子：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：,2011.
- 7) 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.
- 8) 壁屋康洋、高橋昇、西村大樹、砥上恭子、野村照幸、古村健、山本哲裕、中川桜、川田加奈子、西真樹子、箕浦由香、宮田純平、前上里康史、比嘉麻美子、喜如嘉紗世、横田聡子、山下泉、東海林勝、大原薫、辰野陽子、今村扶美、岡田秀美、小片圭子、松下亮、磯川早苗、堀内美穂、高橋紀子、小川佳子、大賀礼子、小川歩、須賀雅浩、荒井宏文、深瀬亜矢、大岩三恵、林聖子、柿田知敏、常包知秀、山下豊、笠井正一、小原昌之、田桑誠、菊池安希子：共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究（7）－退院後の問題行動と共通評価項目との関連（第8回司法精神医学会大会一般演題抄録）。司法精神医学,8：136,2013.
- 9) 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（7）～退院後の問題行動と共通評価項目との関連。平成23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：87-119,2012.
- 10) 壁屋康洋、高橋昇、西村大樹、砥上恭子：共通評価項目の信頼性・妥当性に

- 関する研究（8）－初回入院継続時共通評価項目による退院時の処遇・居住形態の予測．日本心理臨床学会 第31回大会論文集：490,2012.
- 1 1) 高橋昇、壁屋康洋、西村大樹、砥上恭子：共通評価項目の信頼性・妥当性に関する研究（10）．司法精神医学会第9回大会,東京都,2013年5月31日.
- 1 2) 壁屋康洋、高橋昇、西村大樹、砥上恭子：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．司法精神医学会第9回大会,東京都,2013年5月31日.
- 1 3) 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．日本心理臨床学会 第32回大会論文集：466,2013
- 1 4) 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と妥当性に関する研究（13）－AUDIT、IQ、生活満足度と共通評価項目との関連．日本心理臨床学会 第32回大会論文集：467,2013
- 1 5) 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
- 1 6) Webster, C.D., Douglas, K.S., Eaves, D., Hart, S.D. : HCR-20 Assessing Risk for Violence Version 2. Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University, British Columbia, Canada, 1997－吉川和男（監訳）,HCR-20 星和書店,東京,2007.
- 1 7) Douglas, K.S., Blanchard,A.J.E., Guy,L.S., Reeves,K.A., Weir, J.:HCR-20 Violence Risk Assessment Scheme : Overview and Annotated Bibliography. <http://kdouglas.wordpress.com/hcr-20/>:2010
- 1 8) Guy,L.S., and Wilson,C.M.: Empirical Support for the HCR-20 :A Critical Analysis of the Violence Literature. <http://kdouglas.wordpress.com/hcr-20/>:2007
- 1 9) Webster, C. D., Martin, M.-L., Brink, J., Nicholls, T. L., & Desmarais, S. L. : Manual for the Short-Term Assessment of Risk and Treatability(START) (Version 1.1). Port Coquitlam, Canada: BC Mental Health & Addiction Services. : 2009
- 2 0) Wilson,C.M., Desmarais,S.L., Nicholls,T.L., Brink,J.:The Role of Client Strengths in Assessments of Violence Risk Using the Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START). International Journal of Forensic Mental Health, 9: 282-293.:2010
- 2 1) 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（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．平成21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. :2010
- 2 2) Douglas, K.S., & Guy,L.S.: Overview of Structured Professional Judgment and the HCR-20.([http://www.nasmhpd.org/meetings/webinars/HCR%2020\\_Webinar%20June%2028.pdf#search='Overview+of+Structured+ProfessionalJudgment](http://www.nasmhpd.org/meetings/webinars/HCR%2020_Webinar%20June%2028.pdf#search='Overview+of+Structured+ProfessionalJudgment)

表 1 共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究リスト

研究番号	内容	掲載誌・発表
研究 1	評定者間一致度	司法精神医学,7
研究 2	入院対象者の記述統計	司法精神医学,7 (一般演題抄録)・厚生労働科学研究報告書
研究 3	因子分析	司法精神医学,7 (一般演題抄録)
研究 4	項目反応理論による分析	司法精神医学,7 (一般演題抄録)
研究 5	長期群と標準群の差	日本心理臨床学会 第 30 回大会論文集
研究 6	GAF・ICF との相関	司法精神医学,8
研究 7	退院後の問題行動と共通評価項目との関連	司法精神医学,8 (一般演題抄録)・厚生労働科学研究報告書
研究 8	初回入院継続時共通評価項目と退院時の処遇・居住形態との関連	日本心理臨床学会 第 31 回大会論文集
研究 9	退院申請時共通評価項目と退院時の処遇・居住形態との関連	未発表 <sup>1</sup>
研究 10	BSI との関連	司法精神医学会第 9 回大会
研究 11	SAI-J、DAI-30 との関連	司法精神医学会第 9 回大会
研究 12	地域生活に対する自己効力感 (SECL) との関連	日本心理臨床学会 第 32 回大会論文集
研究 13	AUDIT、IQ、生活満足度との関連	日本心理臨床学会 第 32 回大会論文集

表 2 中項目の結果一覧 (1)

中項目	ICC (2,1)	研究1 研究2 記述統計						男女差	年代差	診断分類差	対象行為差	研究3
		M	SD	0点 人数	1点 人数	2点 人数	ステージ間 比較					
1. 精神病症状	0.80	1.38	0.74	66	134	226	急>回>社			F2>F1, F3		第1因子
2. 非精神病性症状	0.62	1.38	0.66	43	180	203	急>回>社					第2因子
3. 自殺企図	0.53	0.21	0.53	363	38	25	急<回>社			F3>F0,F1,F2	放火>殺人、殺人未遂、性	第2因子
4. 内省・洞察	0.75	1.56	0.6	24	141	261	急<回>社					第1因子
5. 生活能力	0.51	1.49	0.65	36	145	245	急<回>社					第2因子
6. 衝動コントロール	0.71	1.01	0.83	146	130	150	急<回>社				放火>殺人、殺人未遂	第2因子
7. 共感性	0.53	0.86	0.54	95	294	37	急<回>社			その他>F1,F2,F3		第1因子
8. 非社会性	0.57	0.53	0.77	275	78	73	急<回>社	男>女		F1>F2,F3	放火、強盗>殺人、殺人未遂	第4因子
9. 対人暴力	0.81	0.46	0.8	311	32	83	急<回>社					第2因子
10. 個人的支援	0.58	1.15	0.65	63	236	127	急<回>社		20代<50代			第4因子
11. コミュニティ要因	0.81	1.54	0.66	40	116	270	急<回>社					第3因子
12. ストレス	0.54	1.54	0.55	12	174	240	急<回>社				強盗>性	第2因子
13. 物質乱用	0.67	0.39	0.67	303	78	45	有意差なし	男>女	20代<40代	F1>F0,F2,F3,その他		第4因子
14. 現実的計画	0.85	1.87	0.43	15	27	384	急<回>社				殺人、傷害、放火>性	第3因子
15. コンプライアンス	0.66	1.17	0.61	49	256	121	急<回>社				強盗>殺人、殺人未遂、放火	第1因子
16. 治療効果	0.51	0.93	0.37	45	365	16	急<回>社					第1因子
17. 治療・ケアの継続性	0.91	1.84	0.43	10	48	368	急<回>社					第3因子

<sup>1</sup> 研究 9 は退院申請時の共通評価項目評点を退院時の処遇・居住形態ごとに比較したが、多くの項目で処遇終了群が通院処遇群よりも高い評定となり、尺度の妥当性というよりも処遇終了申請の特徴を描く結果となったため発表していない。

表3 中項目の結果一覧(2)

中項目	研究4 項目反応理論							研究5 入院長期化群と標準群の比較	
	ピアソン	ポリンリアル	クロンバック $\alpha$	合計値との相関係数	困難度 b1	困難度 b2	識別力 aj(D=1.702)	t検定	ロジスティック回帰 Odds
1. 精神病症状	0.46	0.53	0.80	0.46	-1.64	-0.13	0.81	長期>標準	1.78
2. 非精神病性症状	0.46	0.53	0.80	0.46	-2.18	0.09	0.75	長期>標準	
3. 自殺企図	<b>0.13</b>	<b>0.19</b>	<b>0.82</b>	0.13	<b>4.51</b>	<b>7.09</b>	<b>0.24</b>		
4. 内省・洞察	0.55	0.66	0.79	0.55	-2.25	-0.38	1.07	長期>標準	2.47
5. 生活能力	0.51	0.60	0.79	0.51	-2.15	-0.29	0.87		
6. 衝動コントロール	0.55	0.62	0.79	0.55	-0.60	0.53	0.97		
7. 共感性	0.41	0.48	0.80	0.41	-1.32	2.39	0.70		
8. 非社会性	0.36	0.44	0.81	0.36	0.73	1.89	0.57		
9. 対人暴力	0.45	0.59	0.80	0.45	0.85	1.18	1.10		
10. 個人的支援	0.34	0.39	0.81	0.34	-2.57	1.29	0.44	長期>標準	
11. コミュニティ要因	0.44	0.54	0.80	0.44	-2.42	-0.58	0.66		
12. ストレス	0.48	0.58	0.80	0.48	-3.17	-0.25	0.83		
13. 物質乱用	<b>0.10</b>	<b>0.13</b>	<b>0.82</b>	0.10	<b>4.25</b>	<b>10.06</b>	<b>0.13</b>		
14. 現実的計画	0.43	0.73	0.80	0.43	-2.63	-1.81	1.06	長期>標準	
15. コンプライアンス	0.55	0.62	0.79	0.54	-1.71	0.81	1.02		
16. 治療効果	0.36	0.50	0.81	0.36	-2.14	3.09	0.74		
17. 治療・ケアの継続性	0.40	0.62	0.80	0.40	-3.16	-1.65	0.91		

表4 中項目の結果一覧(3)

	研究6 ICF活動と参加因子との相関											
	GAFとの相関	身体快適性の確保	食事や体調の管理	健康の維持	調理	調理以外の家事	敬意と思いやり	感謝	寛容さ	批判	合図	身体的接触
1. 精神病症状	-0.48**											
2. 非精神病性症状	-0.36**											
3. 自殺企図	-0.09											
4. 内省・洞察	-0.47**											
5. 生活能力	-0.37**	0.28**	0.28**	0.23**	0.31**	0.32**	0.18**	0.15**	0.18**	0.19**	0.22**	0.09
6. 衝動コントロール	-0.42**											
7. 共感性	-0.30**											
8. 非社会性	-0.32**											
9. 対人暴力	-0.30**											
10. 個人的支援	-0.33**											
11. コミュニティ要因	-0.47**											
12. ストレス	-0.48**	0.15**	0.22**	0.20**	0.05	0.09	0.25**	0.22**	0.22**	0.11	0.18**	0.14*
13. 物質乱用	-0.13**											
14. 現実的計画	-0.33**											
15. コンプライアンス	-0.53**											
16. 治療効果	-0.29**											
17. 治療・ケアの継続性	-0.46**											

表5 中項目の結果一覧(4)

	研究6 ICF活動と参加因子との相関													
	対人関係の形成	対人関係の終結	対人関係における行動の制限	社会的ルールに従った対人関係	社会的距離の維持	日課の管理	日課の達成	自分の活動レベルの管理	責任への対処	ストレスへの対処	危機への対処	基本的な経済的取引	複雑な経済的取引	経済的自給
1. 精神病症状														
2. 非精神病性症状														
3. 自殺企図	生活能力、ストレスの項目以外は実施せず													
4. 内省・洞察														
5. 生活能力	0.30**	0.33**	0.27**	0.28**	0.34**	0.35**	0.31**	0.41**	0.31**	0.26**	0.29**	0.36**	0.27**	0.26**
6. 衝動コントロール														
7. 共感性														
8. 非社会性														
9. 対人暴力														
10. 個人的支援														
11. コミュニティ要因														
12. ストレス	0.14*	0.09	0.22**	0.27**	0.33**	0.22**	0.18**	0.24**	0.24**	0.23**	0.12	0.26**	0.09	0.20**
13. 物質乱用														
14. 現実的計画														
15. コンプライアンス														
16. 治療効果														
17. 治療・ケアの継続性														



表6 中項目の結果一覧(5)

	研究6 ICF 環境因子との相関					研究7		研究8	研究9	
	生産品と用具	自然環境・地域環境	支援と関係(量的な側面)	態度(感情や質的な側面)	サービス・制度	P法再入院	退院後問題行動	入院継続時×退院時処遇	退院申請時×通院処遇の居住地	退院申請×通院処遇/処遇終了
1. 精神病症状										
2. 非精神病性症状										
3. 自殺企図										
4. 内省・洞察										
5. 生活能力										
6. 衝動コントロール										
7. 共感性										
8. 非社会性										
9. 対人暴力										
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										
15. コンプライアンス										
16. 治療効果										
17. 治療・ケアの継続性										
17項目合計										

表7 中項目の結果一覧(6)

	研究10 BSI各因子との相関						研究11 SAI-Jとの相関				
	1. 社会的リスクアセスメント	2. 洞察	3. コミュニケーションとソーシャルスキル	4. 作業とレクリエーション活動	5. セルフケアと家族のケア	6. 共感性	SAI-J合計点	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	補足項目
1. 精神病症状	-0.18	-0.32	-0.17	-0.16	-0.19	-0.28					
2. 非精神病性症状	-0.21	-0.28	-0.21	-0.18	-0.16	-0.24					
3. 自殺企図	-0.01	-0.27	-0.27	-0.21	-0.19	-0.21					
4. 内省・洞察	-0.18	-0.31	-0.17	-0.21	-0.18	-0.22	-0.27	-0.19	-0.27	-0.21	-0.20
5. 生活能力	-0.20	-0.21	-0.18	-0.19	-0.29	-0.22					
6. 衝動コントロール	-0.32	-0.19	-0.16	-0.19	-0.17	-0.25					
7. 共感性	-0.15	-0.03	-0.12	-0.19	-0.25	-0.29					
8. 非社会性	-0.25	-0.12	-0.17	-0.12	-0.21	-0.22					
9. 対人暴力	-0.06	-0.09	0.04	-0.05	-0.03	-0.12					
10. 個人的支援	-0.30	-0.11	-0.08	-0.15	-0.03	-0.07					
11. コミュニティ要因	-0.13	0.11	0.05	0.07	0.08	0.03					
12. ストレス	-0.21	-0.20	-0.12	-0.17	-0.20	-0.15					
13. 物質乱用	-0.08	0.06	0.07	0.01	0.05	0.05					
14. 現実的計画	-0.07	0.08	0.04	0.22	0.03	0.00					
15. コンプライアンス	-0.18	-0.30	-0.12	-0.18	-0.20	-0.25	-0.27	-0.18	-0.29	-0.19	-0.13
16. 治療効果	-0.16	-0.33	-0.22	-0.24	-0.24	-0.29					
17. 治療・ケアの継続性	-0.12	-0.06	0.01	0.00	-0.06	-0.02					
17項目合計	-0.39	-0.34	-0.25	-0.29	-0.31	-0.38					

表8 中項目の結果一覧(7)

	研究11 DAI-30との相関								研究12 SECLとの相関					
	DAI-30合計	第1因子: 主観的な肯定的側面	第2因子: 主観的な否定的側面	第3因子: 健康/病	第4因子: 医師との関係	第5因子: 自己統制	第6因子: 再発予防	第7因子: 薬物の害	日常生活	治療行動	症状対処行動	社会生活行動	対人関係	総得点
		面	面	気	関係									
1. 精神病症状								.049	-.102	-.077	-.084	-.076	-.059	
2. 非精神病性症状								-.066	-.105	-.066	-.099	-.125	-.104	
3. 自殺企図								-.114	-.018	.040	-.014	-.050	-.033	
4. 内省・洞察	0.03	-0.02	0.04	0.08	0.02	-0.03	0.03	-.053	-.124	-.054	-.034	-.077	-.074	
5. 生活能力								-.074	-.079	-.066	-.103	-.099	-.090	
6. 衝動コントロール								.032	-.097	-.046	.021	.038	.001	
7. 共感性								-.134	-.136	-.121	-.126	-.165	-.151	
8. 非社会性								.028	.031	.109	.143	.043	.065	
9. 対人暴力								-.054	-.074	-.069	.066	-.014	-.045	
10. 個人的支援								.051	.081	.060	.012	.076	.051	
11. コミュニティ要因								.012	.050	.009	-.047	-.035	.014	
12. ストレス								-.049	-.040	-.029	-.013	.020	-.041	
13. 物質乱用								.060	.093	.046	.087	.094	.079	
14. 現実的計画								-.036	-.032	-.040	.042	.039	-.010	
15. コンプライアンス	-0.07	-0.06	-0.08	0.06	-0.04	0.02	-0.07	.009	-.038	.036	.003	-.020	.000	
16. 治療効果								-.029	-.045	-.025	-.024	.010	-.026	
17. 治療・ケアの継続性								-.021	-.018	.003	-.010	.048	-.016	

表9 中項目の結果一覧(8)

中項目	研究13 AUDIT、IQ、生活満足度との相関						AUDIT (アルコール、タバコ以外の物質乱用のある者を除く)	IQ
	生活満足度							
	生活全般	身体的機能	環境	社会生活技能	対人交流	心理的機能		
1. 精神病症状	-0.03	0.00	0.07	0.02	-0.03	0.14		-0.12
2. 非精神病性症状	-0.09	0.02	-0.02	-0.03	-0.06	-0.01		-0.38
3. 自殺企図	0.02	-0.01	0.06	0.10	-0.01	-0.05		-0.09
4. 内省・洞察	-0.13	-0.04	-0.05	0.00	0.01	0.02		-0.18
5. 生活能力	-0.02	-0.03	0.09	0.00	-0.04	0.05		-0.22
6. 衝動コントロール	-0.08	0.07	-0.04	0.06	-0.03	0.07		-0.16
7. 共感性	-0.11	-0.08	-0.07	-0.06	0.01	0.06		-0.03
8. 非社会性	-0.04	0.05	-0.02	0.05	0.05	0.13		-0.16
9. 対人暴力	-0.11	-0.06	-0.07	-0.01	-0.10	0.06		-0.18
10. 個人的支援	0.07	0.09	0.14	0.08	0.04	0.04		-0.06
11. コミュニティ要因	0.12	0.02	0.11	0.03	-0.06	-0.02		-0.02
12. ストレス	-0.11	0.00	-0.07	0.01	-0.06	-0.02		-0.16
13. 物質乱用	0.02	0.03	0.07	0.05	-0.07	0.04	0.58	-0.22
14. 現実的計画	-0.07	0.02	-0.05	-0.01	0.14	0.00		-0.07
15. コンプライアンス	-0.12	-0.09	-0.08	-0.07	-0.02	-0.07		-0.14
16. 治療効果	-0.04	0.02	-0.02	-0.01	-0.04	-0.01		-0.22
17. 治療・ケアの継続性	-0.05	-0.11	-0.08	-0.03	-0.04	-0.04		-0.10

表10 【精神病症状】小項目の結果一覧

精神病症状の小項目	研究1		研究2 記述統計				研究5 入院長期化群と標準群の比較				研究6 GAFとの相関	研究7			
	ICC(2,1)	M	SD	0点人数	1点人数	2点人数	ステージ間比較	男女差	年代差	診断分類差	対象行為差	t検定	ロジスティック回帰Odds	GAFとの相関	P法再入院
1) 通常でない思考	0.771	1.22	0.85	106	88	189	急>回>社			F2>F3,その他			-0.42**		
2) 幻覚に基づいた行動	0.655	0.85	0.85	171	97	115	急>回>社			F2>F3			-0.40**		
3) 概念の統合障害	0.773	0.7	0.79	193	110	80	急>回>社	男<女		F2>F1	長期>標準		-0.36**		
4) 精神病的しぐさ	0.704	0.46	0.68	248	94	41	急>回>社		20代>50	F2>F3			-0.36**		有り<なし
5) 不適切な嫉妬	0.636	0.95	0.87	156	92	135	急>回>社			F2,F0>F3			-0.38**		
6) 誇大性	0.673	0.36	0.68	291	48	44	急>社						-0.33**	有り<なし	

表11 【非精神病性症状】小項目の結果一覧

非精神病性症状の小項目	研究1	研究2 記述統計				研究5 入院長期化群と標準群の比較				研究6 GAFとの相関	研究7		研究13			
	ICC(2,1)	M	SD	0点人数	1点人数	2点人数	ステージ間比較	男女差	年代差	診断分類差	対象行為差	t検定	ロジスティック回帰Odds	GAFとの相関	P法再入院	退院後問題行動
1) 興奮・躁状態	0.461	0.5	0.75	252	71	60	急>回>社						-0.40**			-0.175
2) 不安・緊張	0.515	0.92	0.72	117	181	85	急>回>社	男<女		殺人、放火>性			-0.31**			-0.100
3) 怒り	0.709	0.59	0.8	231	77	75	急>回>社			傷害>殺人			-0.32**			-0.150
4) 感情の平板化	0.663	0.52	0.65	214	137	32	急>回>社			F2>F1 殺人、放火>傷害			-0.38**			-0.037
5) 抑うつ	0.543	0.26	0.54	302	62	19	有意差なし	男<女		F3>F0,F1,F2 殺人、放火>傷害			-0.07			0.056
6) 罪悪感	0.321	0.15	0.44	338	33	12	有意差なし			F3>F0,F1,F2			-0.05	有り<なし		0.000
7) 解離	0.517	0.04	0.23	368	13	2	急>回>社						0.04			-0.022
8) 知的障害	0.814	0.69	0.81	202	96	85	有意差なし						-0.13**			-0.756
9) 意識障害	0.061	0.04	0.24	370	10	3	有意差なし			F0>F1,F2,F3,放火>傷害			-0.06			-0.077

表12 【内省・洞察】小項目の結果一覧(1)

内省・洞察の小項目	研究1	研究2 記述統計				研究5 入院長期化群と標準群の比較				研究6 GAFとの相関	研究7				
	ICC(2,1)	M	SD	0点人数	1点人数	2点人数	ステージ間比較	男女差	年代差	診断分類差	対象行為差	t検定	ロジスティック回帰Odds	P法再入院	退院後問題行動
1) 対象行為への内省	0.66	1.09	0.62	58	232	93	急>回>社						長期>標準		
2) 対象行為以外の他害行為への内省	0.67	0.91	0.79	138	141	104	急>回>社	男>女		傷害>殺人					
3) 病識	0.73	1.22	0.68	55	189	139	急>回>社								
4) 対象行為の要因理解	0.80	1.42	0.7	47	129	207	急>回>社						長期>標準		

表 13 【内省・洞察】小項目の結果一覧（2）

内省・洞察の小項目	研究10 BSI各因子との相関						研究11 SAI-Jとの相関				DAI-30との相関								
	1. 社会的リスク	2. 洞察	3. モニタリング	4. 作業	5. セルフケア	6. 共感	SAI-J合計	2.自己治療の必要性	3.精神症状について	補足項目	DAI-30合計	第1因子:主観的側面	第2因子:主観的側面	第3因子:健康/病感	第4因子:医師との関係	第5因子:自己統制	第6因子:予防	第7因子:薬物の管理	
1) 対象行為への内容	-0.09	-0.06	-0.04	-0.02	-0.03	-0.08													
2) 対象行為以外の他者行為への内容	-0.24	-0.15	-0.01	-0.07	-0.07	-0.04													
3) 病識	-0.14	-0.18	-0.08	-0.11	-0.11	-0.13	-0.37	-0.23	-0.41	-0.29	-0.16	-0.05	-0.14	0.03	0.02	0.03	-0.04	-0.02	0.07
4) 対象行為の要因理解	-0.20	-0.30	-0.19	-0.22	-0.15	-0.19	-0.19	-0.07	-0.17	-0.20	-0.12	0.06	0.04	0.05	0.11	0.01	0.03	0.03	0.13

表 14 【生活能力】小項目の結果一覧（1）

生活能力の小項目	ICC(2,1)	研究1 研究2 記述統計					男女差	年代差	診断分類差	対象行為差	研究5 入院長期化群と標準群の比較	研究7
		M	SD	0点人数	1点人数	2点人数						
1) 生活リズム	0.768	0.45	0.64	241	112	30	急>回>社					
2) 整容と衛生	0.772	0.43	0.66	256	90	37	急>回>社					
3) 金銭管理	0.791	0.65	0.76	202	114	67	急>回>社					
4) 家事や料理	0.696	0.76	0.76	168	139	76	急>回>社					
5) 安全管理	0.618	0.49	0.73	250	80	53	急>回>社					
6) 社会資源の利用	0.535	0.66	0.8	210	94	79	急>回>社					
7) コミュニケーション	0.608	0.69	0.71	173	154	56	急>社		F0,その他>F1	放火>殺人未遂、傷害		
8) 社会的引きこもり	0.684	0.59	0.72	210	121	52	急>回>社					
9) 孤立	0.71	0.79	0.75	157	151	75	急>回>社					
10) 活動性の低さ	0.672	0.53	0.67	218	126	39	急>回>社					
11) 生産的活動・役割	0.419	1.13	0.84	115	104	164	急>回>社					
12) 過度の依存	0.332	0.3	0.61	298	54	31	有意差なし					
13) 余暇を有効に過ごせない	0.568	0.58	0.7	207	129	47	急>回>社		F0,F3>F1			
14) 施設への過剰適応	0.428	0.17	0.45	328	44	11	有意差なし	男>女				

表 15 【生活能力】小項目の結果一覧（2）

生活能力の小項目	GAFとの相関	身体快適性の確保	食事や体調の管理	健康の維持	調理	調理以外の家事	敬意と思いやり	感謝	寛容さ	批判	合図	身体的接触
1) 生活リズム	-0.31**	0.17**	0.21**	0.16**	0.1	0.12	0.17**	0.18**	0.17**	0.16**	0.1	0.11
2) 整容と衛生	-0.28 **	0.53**	0.39**	0.36**	0.05	0.26**	0.23**	0.25**	0.14*	0.16**	0.16**	0.20**
3) 金銭管理	-0.30 **	0.26**	0.32**	0.29**	0.04	0.25**	0.26**	0.25**	0.23**	0.15*	0.23**	0.12*
4) 家事や料理	-0.18 **	0.39**	0.33**	0.28**	0.34**	0.42**	0.23**	0.20**	0.19**	0.16**	0.14*	0.08
5) 安全管理	-0.35 **	0.41**	0.38**	0.37**	0.28**	0.37**	0.19**	0.17**	0.21**	0.21**	0.18**	0.16*
6) 社会資源の利用	-0.27 **	0.26**	0.22**	0.25**	0.35**	0.35**	0.1	0.13*	0.08	0.14*	0.15**	0.1
7) コミュニケーション	-0.38 **	0.29**	0.23**	0.27**	-0.03	0.16*	0.22**	0.22**	0.16**	0.27**	0.34**	0.23**
8) 社会的引きこもり	-0.44 **	0.31**	0.25**	0.23**	0.07	0.23**	0.23**	0.22**	0.14*	0.25**	0.36**	0.22**
9) 孤立	-0.41 **	0.31**	0.23**	0.23**	0.08	0.18**	0.24**	0.23**	0.19**	0.20**	0.30**	0.20**
10) 活動性の低さ	-0.41 **	0.38**	0.34**	0.27**	0.24**	0.27**	0.26**	0.25**	0.15*	0.14*	0.33**	0.17**
11) 生産的活動・役割	-0.24 **	0.17**	0.16**	0.12	0.29**	0.22**	0.05	0.07	0.01	0.13*	0.19**	0.12
12) 過度の依存	-0.17 **	0.12*	0.23**	0.13*	0.11	0.13*	0.19 **	0.12*	0.22**	0.12	0.11	0.08
13) 余暇を有効に過ごせない	-0.29 **	0.24**	0.23**	0.19**	-0.04	0.09	0.26**	0.19**	0.15*	0.07	0.25**	0.20**
14) 施設への過剰適応	-0.09 *	-0.06	0.02	0	0.07	0.02	0.05	0.02	0.12	0.1	0.04	0.11

表 16 【生活能力】小項目の結果一覧（3）

生活能力の小項目	研究10 BSI各因子との相関						研究11 SAI-Jとの相関				DAI-30との相関				10				
	1. 社会的リスク	2. 洞察	3. モニタリング	4. 作業	5. セルフケア	6. 共感	日常生活	治療行動	症状対処行動	社会生活行動	対人関係	総得点	身体的機能	社会生活技能		心理的機能			
1) 生活リズム	-0.21	-0.05	-0.09	-0.07	-0.13	-0.09	-0.10	-0.16	-0.07	-0.09	-0.04	-0.12	-0.10	-0.18	-0.07	-0.09	-0.04	-0.12	-0.07
2) 整容と衛生	-0.16	-0.26	-0.35	-0.31	-0.45	-0.32	-0.15	-0.28	-0.18	-0.19	-0.14	-0.20	-0.12	0.02	-0.05	0.01	-0.09	0.10	-0.17
3) 金銭管理	-0.18	-0.18	-0.18	-0.08	-0.26	-0.16	-0.10	-0.17	-0.15	-0.19	-0.17	-0.18	-0.13	0.04	0.04	-0.01	-0.13	0.01	-0.32
4) 家事や料理	-0.26	-0.19	-0.23	-0.30	-0.29	-0.22	-0.15	-0.10	-0.12	-0.22	-0.13	-0.17	-0.08	-0.01	0.02	-0.08	-0.10	0.02	-0.23
5) 安全管理	-0.19	-0.33	-0.33	-0.33	-0.39	-0.30	-0.09	-0.21	-0.13	-0.16	-0.03	-0.15	-0.08	-0.04	0.02	-0.11	0.02	0.11	-0.22
6) 社会資源の利用	-0.11	-0.14	-0.25	-0.15	-0.25	-0.15	-0.04	-0.10	-0.11	-0.14	-0.11	-0.11	-0.04	0.01	0.03	-0.07	-0.07	-0.04	-0.27
7) コミュニケーション	-0.07	-0.20	-0.31	-0.19	-0.21	-0.22	-0.12	-0.13	-0.13	-0.17	-0.21	-0.16	-0.05	-0.04	-0.01	-0.08	-0.11	0.03	-0.21
8) 社会的引きこもり	0.05	-0.10	-0.22	-0.19	-0.13	-0.08	-0.19	-0.15	-0.13	-0.15	-0.29	-0.20	0.03	-0.04	-0.03	-0.14	-0.21	-0.15	-0.02
9) 孤立	0.12	-0.20	-0.31	-0.32	-0.24	-0.23	-0.17	-0.21	-0.15	-0.18	-0.32	-0.22	-0.04	-0.04	-0.04	-0.16	-0.20	-0.05	-0.02
10) 活動性の低さ	-0.07	-0.19	-0.29	-0.32	-0.25	-0.16	-0.20	-0.08	-0.09	-0.12	-0.17	-0.18	-0.02	-0.13	-0.04	-0.20	-0.16	-0.14	-0.10
11) 生産的活動・役割	-0.13	-0.12	-0.22	-0.23	-0.18	-0.16	-0.12	-0.09	-0.08	-0.18	-0.18	-0.13	0.03	0.05	0.09	-0.04	-0.13	0.01	-0.02
12) 過度の依存	-0.15	-0.27	-0.16	-0.22	-0.16	-0.24	-0.10	-0.10	-0.09	-0.04	-0.04	-0.05	0.03	0.03	0.02	0.06	0.05	0.14	-0.10
13) 余暇を有効に過ごせない	-0.03	-0.28	-0.33	-0.40	-0.27	-0.29	-0.14	-0.12	-0.10	-0.10	-0.14	-0.14	-0.08	-0.09	-0.07	-0.15	-0.04	-0.10	-0.02
14) 施設への過剰適応	-0.27	-0.03	-0.05	-0.12	-0.09	-0.10	-0.16	-0.23	-0.15	-0.12	-0.12	-0.15	0.14	0.04	0.02	0.02	-0.02	0.11	-0.08

表 17 【衝動コントロール】小項目の結果一覧（1）

衝動コントロールの小項目	研究1		研究2 記述統計								
	ICC(2,1)	M	SD	0点人数	1点人数	2点人数	ステージ間比較	男女差	年代差	診断分類差	対象行為差
衝動コントロールの小項目	ICC(2,1)	M	SD	0点人数	1点人数	2点人数	ステージ間比較	男女差	年代差	診断分類差	
1) 一貫性のない行動	0.668	0.52	0.77	248	71	64	急>回≒社				放火>殺人
2) 待つことができない	0.612	0.39	0.67	273	69	41	急>回≒社				放火>殺人
3) 先の予測をしない	0.663	0.74	0.82	191	102	90	急>回≒社				放火,強盗>殺人,殺人未遂
4) そそのかされる	0.608	0.33	0.6	283	74	26	有意差なし				
5) 怒りの感情の行動化	0.645	0.6	0.8	232	74	77	急>回>社				

表 18 【衝動コントロール】小項目の結果一覧（2）

衝動コントロールの小項目	研究5 入院長期化群と標準群の比較		研究7		研究10 BSI各因子との相関						研究13 IQとの相関
	t検定	ロジスティック回帰Odds	P法再入院	退院後問題行動	1. 社会的リスクセメント	2. 洞察	3. コミュニケーションとソーシャルスキル	4. 作業とレクリエーション活動	5.セルフケアと家族のケア	6. 共感	IQ
衝動コントロールの小項目											
1) 一貫性のない行動					-0.22	-0.08	-0.01	0.04	0.00	-0.09	-0.24
2) 待つことができない					-0.28	-0.12	-0.07	-0.09	-0.14	-0.14	-0.27
3) 先の予測をしない					-0.23	-0.14	-0.13	-0.17	-0.15	-0.22	-0.25
4) そそのかされる					-0.05	-0.03	-0.11	-0.12	-0.14	-0.06	-0.19
5) 怒りの感情の行動化				有りくなし	-0.36	-0.24	-0.17	-0.18	-0.18	-0.22	-0.16

表 19 【非社会性】小項目の結果一覧（1）

非社会性的小項目	研究1		研究2 記述統計									研究5 入院長期化群と標準群の比較	
	ICC(2,1)	M	SD	0点人数	1点人数	2点人数	ステージ間比較	男女差	年代差	診断分類差	対象行為差	t検定	ロジスティック回帰Odds
1) 侮辱的な言葉	0.03	0.07	0.31	363	14	6	有意差なし						
2) 社会的規範の蔑視	0.32	0.2	0.52	326	37	20	有意差なし			F1>F0,F2,F3			
3) 犯罪志向的態度	0.26	0.09	0.36	358	16	9	有意差なし	30代<					
4) 特定の人を害する	0.39	0.16	0.46	338	30	15	急>回>社						
5) 他者を脅す	0.33	0.11	0.41	354	16	13	急>回≒社					強盗>殺人,殺人未遂,傷害,性,放火	
6) だます、嘘を言う	0.56	0.12	0.36	343	35	5	有意差なし			F1>F2			
7) 故意の器物破損	0.46	0.08	0.36	362	11	10	急>社						
8) 犯罪的交友関係	0.50	0.07	0.3	364	13	6	有意差なし			F1>F2,その他			
9) 性的逸脱行動	0.72	0.11	0.39	352	20	11	急>社					性>殺人,殺人未遂,傷害,強盗,放火	
10) 放火の兆し	0.33	0.09	0.4	365	3	15	急>社					放火>殺人,殺人未遂,傷害,性	

表 20 【非社会性】小項目の結果一覧（2）

非社会性的小項目	研究7		研究10 BSI各因子との相関					
	P法再入院	退院後問題行動	1. 社会的リスクセメント	2. 洞察	3. コミュニケーションとソーシャルスキル	4. 作業とレクリエーション活動	5.セルフケアと家族のケア	6. 共感
1) 侮辱的な言葉			-0.13	-0.04	-0.05	-0.04	-0.06	-0.11
2) 社会的規範の蔑視			-0.21	-0.05	-0.12	-0.12	-0.10	-0.09
3) 犯罪志向的態度			-0.20	0.02	-0.06	-0.04	-0.14	-0.06
4) 特定の人を害する			-0.24	-0.06	0.04	-0.05	-0.07	-0.10
5) 他者を脅す			-0.41	-0.02	-0.08	-0.05	-0.06	-0.14
6) だます、嘘を言う			-0.38	-0.02	0.00	-0.05	-0.02	-0.08
7) 故意の器物破損			-0.23	-0.16	-0.23	-0.19	-0.24	-0.13
8) 犯罪的交友関係			-0.07	0.13	0.11	0.08	0.16	0.09
9) 性的逸脱行動			-0.35	-0.19	-0.09	-0.11	-0.18	-0.23
10) 放火の兆し			0.00	-0.11	-0.30	-0.09	-0.17	-0.08

表 21 【現実的計画】小項目の結果一覧（1）

現実的計画の小項目	ICC(2,1)	研究1 研究2 記述統計						男女差	年代差	診断分類差	対象行為差	研究5 入院長期化群と標準群の比較	研究7
		M	SD	0点人数	1点人数	2点人数	ステージ間比較					t検定	ロジスティック回帰 Odds
1) 退院後の治療プランへの同意	0.82	1.61	0.69	45	58	280	急>回>社						
2) 日中活動	0.89	1.67	0.66	40	46	297	急<回>社				殺人,殺人未遂,傷害,強盗,放火>性		
3) 住居	0.80	1.46	0.77	67	71	245	急<回>社				殺人,殺人未遂,傷害,放火>性		
4) 生活費	0.59	0.89	0.82	150	124	109	急>回<社						
5) 緊急時の対応	0.90	1.76	0.6	35	21	327	急<回>社				殺人,殺人未遂,傷害,強盗,放火>性		
6) 関係機関との連携・協力体制	0.92	1.66	0.66	41	47	295	急<回>社						
7) キーパーソン	0.62	1.2	0.76	80	148	155	回>社	20代<40代, 50代					
8) 地域への受け入れ体制	0.87	1.67	0.67	44	39	300	急<回>社						

表 22 【現実的計画】小項目の結果一覧（2）

現実的計画の小項目	研究10 BSI各因子との相関						研究12 SECLとの相関						研究13 AUDIT, IQ, 生活満足度との相関						
	1. 社会的リスク	2. 洞察	3. コミュニケーションスキル	4. 作業とレジャー活動	5. セルフケアと家族のケア	6. 共感	日常生活	治療行動	症状対処行動	社会生活行動	対人関係	総得点	生活全般	身体的機能	環境	社会生活技能	対人交流	心理的機能	IQ
1) 退院後の治療プランへの同意	-0.07	-0.16	-0.19	-0.11	-0.17	-0.19	-0.10	-0.08	-0.02	-0.07	-0.05	-0.08	-0.02	-0.02	-0.04	-0.01	-0.04	-0.03	
2) 日中活動	-0.07	-0.13	-0.18	-0.16	-0.15	-0.18	-0.11	-0.06	-0.02	-0.07	-0.07	-0.08	-0.05	-0.09	-0.04	-0.03	-0.06	-0.06	
3) 住居	-0.10	-0.08	-0.15	-0.20	-0.16	-0.16	-0.02	0.04	-0.02	0.00	0.07	0.03	0.05	0.02	0.09	0.08	-0.03	0.06	
4) 生活費	0.03	-0.08	-0.04	-0.04	-0.04	-0.11	-0.13	-0.09	-0.11	-0.01	0.00	-0.11	-0.16	-0.11	-0.24	-0.17	-0.04	-0.18	
5) 緊急時の対応	-0.03	-0.10	-0.19	-0.16	-0.23	-0.20	-0.19	-0.12	-0.08	-0.11	-0.10	-0.14	-0.06	-0.03	-0.05	-0.04	-0.05	-0.06	
6) 関係機関との連携・協力体制	-0.05	0.02	0.00	-0.01	-0.01	0.05	-0.14	-0.04	-0.06	-0.10	-0.12	-0.13	-0.06	-0.13	-0.12	-0.16	-0.11	-0.12	
7) キーパーソン	-0.13	-0.11	-0.07	-0.17	-0.08	-0.06	-0.17	0.02	-0.04	-0.02	-0.06	-0.07	-0.04	-0.07	0.04	-0.05	-0.09	-0.04	
8) 地域への受け入れ体制	-0.06	-0.14	-0.20	-0.17	-0.23	-0.19	-0.20	-0.11	-0.09	-0.05	-0.06	-0.13	-0.09	-0.08	-0.09	-0.09	0.01	-0.06	

表 23 【治療・ケアの継続性】小項目の結果一覧（1）

治療・ケアの継続性的小項目	ICC(2,1)	研究1 研究2 記述統計						男女差	年代差	診断分類差	対象行為差	研究5 入院長期化群と標準群の比較	研究7
		M	SD	0点人数	1点人数	2点人数	ステージ間比較					t検定	ロジスティック回帰 Odds
1) 治療同盟	0.61	0.88	0.79	144	140	99	急>回>社				F0>F1,F2,その他		
2) 予防	0.89	1.63	0.65	37	67	279	急<回>社						
3) モニター	0.93	1.67	0.66	40	45	298	急<回>社						
4) セルフモニタリング	0.85	1.54	0.63	29	118	236	急<回>社	20代<50代					有り>なし
5) 緊急時の対応	0.94	1.72	0.59	27	54	302	急<回>社						

表 24 【治療・ケアの継続性】小項目の結果一覧（2）

治療・ケアの継続性的小項目	研究10 BSI各因子との相関						研究12 SECLとの相関						研究13 生活満足度, IQとの相関						
	1. 社会的リスク	2. 洞察	3. コミュニケーションスキル	4. 作業とレジャー活動	5. セルフケアと家族のケア	6. 共感	日常生活	治療行動	症状対処行動	社会生活行動	対人関係	総得点	生活全般	身体的機能	環境	社会生活技能	対人交流	心理的機能	IQ
1) 治療同盟	-0.09	-0.13	-0.14	-0.13	-0.16	-0.20	-0.10	-0.02	-0.07	-0.04	-0.11	-0.09	-0.05	-0.12	0.02	-0.08	-0.09	-0.09	-0.01
2) 予防	-0.14	-0.19	-0.16	-0.17	-0.21	-0.17	-0.12	-0.07	-0.12	-0.11	-0.04	-0.11	-0.05	-0.07	-0.03	-0.09	-0.09	-0.13	-0.11
3) モニター	-0.15	-0.18	-0.12	-0.16	-0.20	-0.13	-0.12	-0.05	-0.07	-0.10	-0.06	-0.09	-0.04	-0.10	-0.01	-0.09	-0.10	-0.12	-0.11
4) セルフモニタリング	-0.17	-0.21	-0.17	-0.18	-0.18	-0.21	-0.20	-0.06	-0.09	-0.12	-0.05	-0.15	-0.15	-0.17	-0.08	-0.13	-0.07	-0.17	-0.08
5) 緊急時の対応	-0.12	-0.11	-0.08	-0.11	-0.18	-0.09	-0.04	0.01	-0.05	-0.07	-0.01	-0.04	-0.02	-0.07	0.00	-0.07	-0.08	-0.08	0.01

## 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

#### 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>の他、構成概念妥当性や収束妥当性の検討を重ねてきた<sup>2) 3) 4) 5) 6)</sup>。一方、本邦の司法精神科医療のツールとして考えた時、予測妥当性は何より重要である。予測妥当性に関しては西村ら<sup>7)</sup> (2011) および壁屋ら(2013)<sup>8)</sup>において入院の長期化や退院後の問題行動と下位項目の関係について検討しているが、追跡期間が短い影響から十分検証できていない。西村ら<sup>7)</sup> (2011) および壁屋ら(2013)<sup>8)</sup>はいずれも2008年4月1日～2009年3月31日の間に医療観察法の入院決定を受けた対象者のデータを用いた。調査対象のエントリー期間の始めが医療観察法施行日の2005年7月15日ではなく2008年4月1日であるのは、2008年4月1日付で共通評価項目を第2版に改訂したためである。それ故、それ以前の共通評価項目のデータは利用できない。壁屋ら(2013)<sup>8)</sup>では、退院後の精神保健福祉法再入院有り群となし群との比較研究で、入院有り群10名と入院なし群54名の計64名に留まった。本研究では、サンプル数を増やし、コックス回帰分析を行い、医療観察法指定入院医療機関退院後の精神保健福祉法再入院の予測について、各項目のハザード比を算出し、各項目の予測力を検討することを目的とする。なお、退院後の問題行動の予測についての検証は次章で行う。これにより、共通評価項目の各項目の意味がさらに明らかになり、入院中の評価によって退院後の再入院を予測することが可

能になると考えられる。

#### 方法

##### a.対象

本研究の対象は2008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た。

入院中の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)プログラムを用い、退院後の追跡調査は指定通院医療機関に調査票を送付して協力を求めた。

##### b.解析方法

共通評価項目の各項目が通院移行後の精神保健福祉法再入院の予測をどの程度できるか評価するため、項目ごとにCox比例ハザードモデルによる解析を行った。本来はCox比例ハザードモデルは多変量解析で、予測モデルを作るために複数の独立変数を同時に解析するが、本研究では予測モデルを作るのではなく、共通評価項目各項目の性質を評価することが目的である為、1項目ずつCox比例ハザードモデルによる解析を行った。

前述の全サンプル373名のうち、医療観察法指定入院医療機関を退院し、通院処遇となる時点で精神保健福祉法入院となった事例68名および追跡調査期間中に死亡した11名(重複4名)を除き、また退院申請時の共通評価項目の評定、通院処遇移行後の精神保健福祉法入院の有無が不明な事例を除いたN=276名が解析の対象となった。そのうち、精神保健福祉法入院有り事例が72名で、追跡

打ち切り事例が 204 名である。追跡打ち切りまでの期間は、通院処遇が終了した事例は通院処遇の終了まで、通院処遇継続中の事例はデータ収集日までの日数である。

解析にはエクセル統計 2010 を使用した。

### 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。退院後の追跡調査は対象者の入院していた指定入院医療機関から通院先の指定通院医療機関に行い、各指定通院医療機関においてデータを連結させた後に研究代表者に送付した。よってデータ集約前の各指定入院医療機関の研究協力者の時点には連結可能となるが、研究代表者にデータが集約された時点では連結不可能匿名化となる。発表には統計的な値のみを公表し、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承認を得て本研究を実施した。

## 結果

### 1) 17 中項目の各項目による通院処遇移行後の精神保健福祉法入院の予測

共通評価項目 17 中項目のそれぞれおよび 17 項目の合計点の COX 比例ハザードモデルによる解析結果を表 1 にまとめた。表 1 のように、単一の項目で通院処遇移行後の精神保健福祉法入院を 5%水準で有意に予測する項目は【非社会性】1 項目のみであった。【衝動コントロール】および【個人的支援】は 10%水準で有意傾向となった。17 項目の合計点は COX 比例ハザードモデルで有意とはならなかった。この 3 項目の生存率曲線を図 1～図 3 に挙げ、【個人的支援】の log-log プロット

を図 4 に挙げる。【個人的支援】の項目は図 4 の log-log プロットから比例ハザード性が裏付けられるが、【非社会性】および【衝動コントロール】は群 1 または群 2 に有効なデータがないため log-log プロットを描くことができず、比例ハザード性が確認できなかった。よって、それぞれログランク検定および一般化 Wilcoxon 検定にて Kaplan-Meier 法による生存曲線の差を検証した。

【非社会性】の生存曲線を図 5 に挙げる。退院申請時の【非社会性】は評定値が 0 点=234 名、1 点=30 名、2 点=11 名と大半が 0 点であったため、生存曲線の比較においては 0 点の群と 1 点ないし 2 点の群の 2 群に分けた。ログランク検定 (Cochran-Mantel-Haenszel 流) および一般化 Wilcoxon 検定 (Peto-Prentice 流) の結果を表 2 に示した。表 2 より、【非社会性】0 点の群と【非社会性】1 点以上の群とは生存曲線に差が認められた。

【衝動コントロール】の生存曲線を図 6 に挙げる。退院申請時の【衝動コントロール】は評定値が 0 点=163 名、1 点=89 名、2 点=23 名と 0 点に偏っていたため、生存曲線の比較においては 0 点の群と 1 点ないし 2 点の群の 2 群に分けた。2 群の生存曲線を図 6 に、ログランク検定 (Cochran-Mantel-Haenszel 流) および一般化 Wilcoxon 検定 (Peto-Prentice 流) の結果を表 3 に示した。表 3 より、【衝動コントロール】0 点の群と【衝動コントロール】1 点以上の群との生存曲線の差は 10%水準の有意傾向に留まった。

【個人的支援】の生存曲線を図 7 に挙げる。退院申請時の【個人的支援】は評定値が 0 点=80 名、1 点=153 名、2 点=42 名と 1 点が多く、他の評定にも分散していたため、生存曲線の比較においては 0 点、1 点、2 点の 3 群に分けた。3 群の生存曲線を図 7 に、ログランク検定 (Cochran-Mantel-Haenszel 流)

および一般化 Wilcoxon 検定 (Peto-Prentice 流) の結果を表 4 に示した。表 4 より、3 つの生存曲線には差が認められた。次に図 7 の生存曲線では 0 点と 1 点が重なっていたため、【個人的支援】1 点以下の群と【個人的支援】2 点の群とに分けて生存曲線の比較を行った。【個人的支援】生存率曲線の差の検定 (1 点以下と 2 点のと比較) を表 5 に示す。表 5 より、【個人的支援】2 点の群と【個人的支援】1 点以下の群とには生存曲線に差が認められた。

## 2) 【精神病症状】の各小項目による通院処遇移行後の精神保健福祉法入院の予測

【精神病症状】の小項目それぞれの COX 比例ハザードモデルによる解析結果を表 6 にまとめた。表 6 のように、単一の項目で通院処遇移行後の精神保健福祉法入院を 5%水準で有意に予測する項目は【6) 誇大性】1 項目のみであった。【6) 誇大性】は群 1 または群 2 に有効なデータがないため log-log プロットを描くことができず、比例ハザード性が確認できなかった。

退院申請時の【6) 誇大性】は評定値が 0 点=244 名、1 点=26 名、2 点=6 名と大半が 0 点であったため、生存曲線の比較においては 0 点の群と 1 点ないし 2 点の群の 2 群に分けた。2 群の生存曲線を図 11 に、ログランク検定 (Cochran-Mantel-Haenszel 流) および一般化 Wilcoxon 検定 (Peto-Prentice 流) の結果を表 7 に示した。表 7 より、【6) 誇大性】0 点の群と【6) 誇大性】1 点以上の群とには生存曲線に差が認められた。

## 3) 【非精神病性症状】の各小項目による通院処遇移行後の精神保健福祉法入院の予測

【非精神病性症状】の小項目それぞれの COX 比例ハザードモデルによる解析結果を表 8 にまとめた。表 8 のように、単一の項目

で通院処遇移行後の精神保健福祉法入院を 5%水準で有意に予測する項目は【5) 抑うつ】1 項目のみであった。

【3) 怒り】および【7) 解離】は 10%水準で有意傾向となった。3 項目は群 1 または群 2 に有効なデータがないため log-log プロットを描くことができず、比例ハザード性が確認できなかった。

退院申請時の【5) 抑うつ】は評定値が 0 点=247 名、1 点=28 名、2 点=1 名と大半が 0 点であったため、生存曲線の比較においては 0 点の群と 1 点ないし 2 点の群の 2 群に分けた。ログランク検定 (Cochran-Mantel-Haenszel 流) および一般化 Wilcoxon 検定 (Peto-Prentice 流) の結果を表 9 に示した。表 9 より、【5) 抑うつ】0 点の群と【5) 抑うつ】1 点以上の群とには生存曲線に差が認められた。

退院申請時の【3) 怒り】は評定値が 0 点=239 名、1 点=29 名、2 点=8 名と大半が 0 点であったため、生存曲線の比較においては 0 点の群と 1 点ないし 2 点の群の 2 群に分けた。2 群の生存曲線を図 12 に、ログランク検定 (Cochran-Mantel-Haenszel 流) および一般化 Wilcoxon 検定 (Peto-Prentice 流) の結果を表 10 に示した。表 10 より、【3) 怒り】0 点の群と【3) 怒り】1 点以上の群とには生存曲線に 5%水準で有意な差が認められた。

退院申請時の【7) 解離】は評定値が 0 点=270 名、1 点=6 名、2 点=0 名と大半が 0 点であったため、生存曲線の比較においては 0 点の群と 1 点以上の群の 2 群に分けた。2 群の生存曲線を図 13 に、ログランク検定 (Cochran-Mantel-Haenszel 流) および一般化 Wilcoxon 検定 (Peto-Prentice 流) の結果を表 10 に示した。表 11 より、【7) 解離】0 点の群と【7) 解離】1 点以上の群とには一般化 Wilcoxon 検定でのみ生存曲線に 5%水準で有意な差が認められた。



#### 4) 【内省・洞察】の各小項目による通院処遇移行後の精神保健福祉法入院の予測

【内省・洞察】の小項目それぞれの COX 比例ハザードモデルによる解析結果を表 12 にまとめた。表 12 のように、単一の項目で通院処遇移行後の精神保健福祉法入院を 5%水準で有意に予測する【内省・洞察】の小項目は認められなかった。

#### 5) 【生活能力】の各小項目による通院処遇移行後の精神保健福祉法入院の予測

【生活能力】の小項目それぞれの COX 比例ハザードモデルによる解析結果を表 13 にまとめた。表 13 のように、単一の項目で通院処遇移行後の精神保健福祉法入院を 5%水準で有意に予測する項目には【1) 生活リズム】【3) 金銭管理】【4) 家事や料理】【5) 安全管理】【12) 過度の依存】の 5 項目であった。5 項目は群 1 または群 2 に有効なデータがないため log-log プロットを描くことができず、比例ハザード性が確認できなかった。

退院申請時の【1) 生活リズム】は評定値が 0 点=224 名、1 点=45 名、2 点=7 名と大半が 0 点であったため、生存曲線の比較においては 0 点の群と 1 点ないし 2 点の群の 2 群に分けた。2 群の生存曲線を図 14 に、ログランク検定 (Cochran-Mantel-Haenszel 流) および一般化 Wilcoxon 検定 (Peto-Prentice 流) の結果を表 14 に示した。表 14 より、【1) 生活リズム】0 点の群と【1) 生活リズム】1 点以上の群とには生存曲線に 10%水準の有意傾向に留まった。

退院申請時の【3) 金銭管理】は評定値が 0 点=196 名、1 点=63 名、2 点=17 名と大半が 0 点であったため、生存曲線の比較においては 0 点の群と 1 点ないし 2 点の群の 2 群に分けた。2 群の生存曲線を図 15 に、ログランク検定 (Cochran-Mantel-Haenszel 流) および一般化 Wilcoxon 検定 (Peto-Prentice 流)

の結果を表 15 に示した。表 15 より、【3) 金銭管理】0 点の群と【3) 金銭管理】1 点以上の群とには生存曲線に 5%水準の有意差が認められた。

退院申請時の【4) 家事や料理】は評定値が 0 点=188 名、1 点=77 名、2 点=11 名と大半が 0 点であったため、生存曲線の比較においては 0 点の群と 1 点ないし 2 点の群の 2 群に分けた。2 群の生存曲線を図 16 に、ログランク検定 (Cochran-Mantel-Haenszel 流) および一般化 Wilcoxon 検定 (Peto-Prentice 流) の結果を表 16 に示した。表 16 より、【4) 家事や料理】0 点の群と【4) 家事や料理】1 点以上の群とには生存曲線に 1%水準の有意差が認められた。

退院申請時の【5) 安全管理】は評定値が 0 点=232 名、1 点=34 名、2 点=10 名と大半が 0 点であったため、生存曲線の比較においては 0 点の群と 1 点ないし 2 点の群の 2 群に分けた。2 群の生存曲線を図 17 に、ログランク検定 (Cochran-Mantel-Haenszel 流) および一般化 Wilcoxon 検定 (Peto-Prentice 流) の結果を表 17 に示した。表 17 より、【5) 安全管理】0 点の群と【5) 安全管理】1 点以上の群との生存曲線の差は 10%水準の有意傾向に留まった。

退院申請時の【12) 過度の依存】は評定値が 0 点=233 名、1 点=34 名、2 点=9 名と大半が 0 点であったため、生存曲線の比較においては 0 点の群と 1 点ないし 2 点の群の 2 群に分けた。2 群の生存曲線を図 18 に、ログランク検定 (Cochran-Mantel-Haenszel 流) および一般化 Wilcoxon 検定 (Peto-Prentice 流) の結果を表 18 に示した。表 18 より、【12) 過度の依存】0 点の群と【12) 過度の依存】1 点以上の群とには生存曲線に有意な差は認められなかった。

## 5) 【衝動コントロール】の各小項目による通院処遇移行後の精神保健福祉法入院の予測

【衝動コントロール】の小項目それぞれのCOX 比例ハザードモデルによる解析結果を表 19 にまとめた。表 19 のように、単一の項目で通院処遇移行後の精神保健福祉法入院を 5%水準で有意に予測する項目には【2) 待つことができない】【3) 先の予測をしない】の 2 項目があった。【1) 一貫性のない行動】は 10%水準の有意傾向に留まった。3 項目は群 1 または群 2 に有効なデータがないため log-log プロットを描くことができず、比例ハザード性が確認できなかった。

退院申請時の【2) 待つことができない】は評定値が 0 点=231 名、1 点=37 名、2 点=8 名と大半が 0 点であったため、生存曲線の比較においては 0 点の群と 1 点ないし 2 点の群の 2 群に分けた。2 群の生存曲線を図 19 に、ログランク検定 (Cochran-Mantel-Haenszel 流) および一般化 Wilcoxon 検定 (Peto-Prentice 流) の結果を表 20 に示した。表 20 より、【2) 待つことができない】0 点の群と【2) 待つことができない】1 点以上の群とは生存曲線に 0.1%水準で有意な差が認められた。

退院申請時の【3) 先の予測をしない】は評定値が 0 点=190 名、1 点=67 名、2 点=19 名と大半が 0 点であったため、生存曲線の比較においては 0 点の群と 1 点ないし 2 点の群の 2 群に分けた。2 群の生存曲線を図 20 に、ログランク検定 (Cochran-Mantel-Haenszel 流) および一般化 Wilcoxon 検定 (Peto-Prentice 流) の結果を表 21 に示した。表 21 より、【3) 先の予測をしない】0 点の群と【3) 先の予測をしない】1 点以上の群との生存曲線はに 10%水準の有意傾向に留まった。

退院申請時の【1) 一貫性のない行動】は評定値が 0 点=226 名、1 点=42 名、2 点=8

名と大半が 0 点であったため、生存曲線の比較においては 0 点の群と 1 点ないし 2 点の群の 2 群に分けた。2 群の生存曲線を図 21 に、ログランク検定 (Cochran-Mantel-Haenszel 流) および一般化 Wilcoxon 検定 (Peto-Prentice 流) の結果を表 22 に示した。表 21 より、【1) 一貫性のない行動】0 点の群と【1) 一貫性のない行動】1 点以上の群との生存曲線とは 5%水準の有意差が認められた。

## 6) 【非社会性】の各小項目による通院処遇移行後の精神保健福祉法入院の予測

【非社会性】の小項目それぞれの COX 比例ハザードモデルによる解析結果を表 23 にまとめた。表 23 のように、単一の項目で通院処遇移行後の精神保健福祉法入院を 5%水準で有意に予測する項目には【5) 他者を脅す】【6) だます、嘘を言う】【7) 故意の器物破損】【8) 犯罪的交友関係】の 4 項目があった。【10) 放火の兆し】は 10%水準の有意傾向に留まった。5 項目は群 1 または群 2 に有効なデータがないため log-log プロットを描くことができず、比例ハザード性を確認することができなかった。またこれらの小項目は出現率が非常に低く、【5) 他者を脅す】は評定値が 0 点=270 名、1 点=4 名、2 点=2 名、【6) だます、嘘を言う】は評定値が 0 点=266 名、1 点=8 名、2 点=2 名、【7) 故意の器物破損】は評定値が 0 点=273 名、1 点=2 名、2 点=1 名、【8) 犯罪的交友関係】は評定値が 0 点=270 名、1 点=4 名、2 点=2 名、【10) 放火の兆し】は評定値が 0 点=274 名、1 点=1 名、2 点=1 名とそれぞれ 0 点以外の発生件数が 10 件以下であり群間比較にも耐えられないため、ログランク検定および一般化 Wilcoxon 検定は行わなかった。

## 7) 【現実的計画】の各小項目による通院処遇移行後の精神保健福祉法入院の予測

【現実的計画】の小項目それぞれの COX 比例ハザードモデルによる解析結果を表 24 にまとめた。表 24 のように、単一の項目で通院処遇移行後の精神保健福祉法入院を 5%水準で有意に予測する【現実的計画】の小項目は認められなかった。

## 8) 【治療・ケアの継続性】の各小項目による通院処遇移行後の精神保健福祉法入院の予測

【治療・ケアの継続性】の小項目それぞれの COX 比例ハザードモデルによる解析結果を表 25 にまとめた。表 25 のように、単一の項目で通院処遇移行後の精神保健福祉法入院を 5%水準で有意に予測する【治療・ケアの継続性】の小項目は認められなかった。

## 考察

本研究の結果、共通評価項目の 17 項目の合計点は通院移行後の精神保健福祉法入院を予測せず、中項目では【非社会性】【個人的支援】の評定値が高いと比較的早期に精神保健福祉法入院に至りやすいことが示された。小項目では【精神病症状】の小項目【6】誇大性】、【非精神病性症状】の小項目【3】怒り】【5】抑うつ】、【生活能力】の小項目【3】金銭管理】【4】家事や料理】、【衝動コントロール】の小項目【2】待つことができない】【1】一貫性のない行動】の評定値が 1 以上であると比較的早期に精神保健福祉法入院に至りやすいことが示された。【非社会性】の小項目はいくつか COX 比例ハザード比が高い項目もあったが、いずれも 1 点以上の発生件数が少ないために群間比較はできなかった。これらの項目は医療観察法入院から退院後の精神保健福祉法入院を予測する項目、言い換えると社会復帰の継続のためには改善が望まれる項目と考えられた。共通評価項目の予測妥当性の

評価としては、精神保健福祉法入院に限らず、退院後の問題行動の予測を検討する必要がある。また今回行った精神保健福祉法入院の調査では、入院理由に<症状悪化><問題行動><休息入院><その他>との選択肢を設けた。問題行動による入院に関しては問題行動の予測の検討によってカバーすべきと思われるが、問題行動ではない、症状悪化を予測するかという検討も一つの側面と考えられる。今後はこれらの分析を推し進め、各項目の特徴を描くと共に、より説明力の高い項目の構成を行って尺度の改訂へとつなげることが求められる。

## 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) 西村大樹、高橋昇、壁屋康洋、砥上恭子、野村照幸、古村健、山本哲裕、中川桜、川田加奈子、西真樹子、箕浦由香、宮田純平、前上里康史、比嘉麻美子、喜如嘉紗世、横田聡子、山下泉、東海林勝、大原薫、辰野陽子、今村扶美、岡田秀美、小片圭子、松下亮、磯川早苗、堀内美穂、高橋紀子、小川佳子、大賀礼子、小川歩、須賀雅浩、荒井宏文、深瀬亜矢、大岩三恵、林聖子、柿田知敏、常包知秀、山下豊、笠井正一、小原昌之、田桑誠、菊池安希子：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：,2011.

8) 壁屋康洋、高橋昇、西村大樹、砥上恭子、

野村照幸、古村健、山本哲裕、中川桜、川田加奈子、西真樹子、箕浦由香、宮田純平、前上里康史、比嘉麻美子、喜如嘉紗世、横田聡子、山下泉、東海林勝、大原薫、辰野陽子、今村扶美、岡田秀美、小片圭子、松下亮、磯川早苗、堀内美穂、高橋紀子、小川佳子、大賀礼子、小川歩、須賀雅浩、荒井宏文、深瀬亜矢、大岩三恵、林聖子、柿田知敏、常包知秀、山下豊、笠井正一、小原昌之、田桑誠、菊池安希子：共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究(7)－退院後の問題行動と共通評価項目との関連(第8回司法精神医学会大会 一般演題抄録)。司法精神医学,8:136, 2013.