

健康危険情報

なし

研究発表

a. 論文発表

○西村大樹、壁屋康洋、砥上恭子、高橋昇：
共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究（7）入院期間、退院後の再入院・問題行動との関連による予測妥当性の検討 *司法精神医学*, (印刷中)。

○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、東海林勝、朝波千尋、小川佳子、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*, 2013;8,20-29.

○壁屋康洋：臨床現場から動きを創る 第6回 医療観察制度にかかわって *臨床心理学*,79,142-145,2013.

b. 学会発表

○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(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.

○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

○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、東京都、2013年6月1日.

○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.

知的財産権の登録・出願状況

a. 特許取得

なし

b. 実用新案登録

なし

c. その他

なし

研究成果の刊行に関する一覧表

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
西村大樹、壁屋康洋、砥上恭子、高橋昇	共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究 (7) 入院期間、退院後の再入院・問題行動との関連による予測妥当性の検討	司法精神医学		印刷中	2014年
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、東海林勝、朝波千尋、小川佳子、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巻1号	20-29	2013年
壁屋康洋	臨床現場から動きを創る 第6回 医療観察制度にかかわって	臨床心理学	79 (14巻1号)	142-145	2013年

研究成果の刊行物・別刷

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

A study on reliability and validity of the Common Evaluation Items for Risk Management(CER-17). (6)Tests of convergent validity

壁屋康洋 #1
Yasuihiro Kabeya

高橋 昇 #2
Noboru Takahashi

西村大樹 #3
Hiroki Nishimura

砥上恭子 #4
Kyoko Togami

野村照幸 #5
Teruyuki Nomura

古村 健 #6
Takeshi Furumura

箕浦由香 #7
Yuka Minoura

前上里泰史 #8
Yasufumi Maeuesato

朝波千尋 #9
Chihiro Asanami

宮田純平 #3
Junpei Miyata

Key words 医療観察法 (Medical Treatment and Supervision Act), 共通評価項目 (the Common Evaluation Items for Risk Management: CER-17), 収束妥当性 (convergent validity), GAF, ICF

1. 研究の目的

医療観察法医療では、共通評価項目が鑑定・入院・通院それぞれの局面で一貫した共通の評価尺度として用いられている。しかしこの共通評価項目は信頼性と妥当性の検証が済んでおらず、心理測定学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¹⁾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いえない項目も認められた²⁾。こうし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なければならない。

妥当性には内容妥当性、基準関連妥当性、構成

- #1 独立行政法人国立病院機構 肥前精神医療センター (☎ 842-0192 佐賀県神埼郡吉野ヶ里町三津 160)
National Hospital Organization, Hizen Psychiatric Center
- #2 独立行政法人国立病院機構 花巻病院 (☎ 025-0033 岩手県花巻市諏訪 500)
National Hospital Organization, Hanamaki Hospital
- #3 岡山県精神科医療センター (☎ 700-0915 岡山県岡山市北区鹿田本町 3-16)
Okayama Psychiatric Medical Center
- #4 独立行政法人国立病院機構 菊池病院 (☎ 861-1116 熊本県合志市福原 208)
National Hospital Organization, Kikuchi Hospital
- #5 独立行政法人国立病院機構 さいがた病院 (☎ 949-3193 新潟県上越市大潟区犀湯 468-1)
National Hospital Organization, Saigata Hospital
- #6 独立行政法人国立病院機構 東尾張病院 (☎ 463-0802 愛知県名古屋市守山区大森北 2-1301)
National Hospital Organization, Higashi Owari Hospital
- #7 群馬県立精神医療センター (☎ 379-2221 群馬県伊勢崎市国定町 2-2374)
Gunma Psychiatric Center
- #8 独立行政法人国立病院機構 琉球病院 (☎ 904-1201 沖縄県国頭郡金武町字金武 7958-1)
National Hospital Organization, Ryukyu Hospital
- #9 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター病院 (☎ 187-8551 東京都小平市小川東町 4-1-1)
National Center of Neurology and Psychiatry

受付日: 2011年9月30日 受理日: 2011年11月30日

1881-0330/13/¥500 論文 / JCOPY

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³⁾。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⁴⁾。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と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定値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つと考えられる。

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つとして解析されている⁵⁾。

このように、これまでの研究で各項目の性質を検証することは進められてきたが、構成概念妥当性の1つとして他の指標との相関を検証する収束妥当性³⁾も重要である。本研究では共通評価項目の妥当性の検証を推し進めるため、利用可能な他の尺度との関連を調べ、収束妥当性を検討し、共通評価項目の尺度としての特徴を描いていきたい。

2. 研究1—GAF尺度との相関

本研究では共通評価項目の収束妥当性として、まずGAF尺度との相関を検証する。GAF尺度は機能の全体的評定として、DSMの多軸診断の第5軸として位置づけられているものであり⁶⁾、

その内容は精神症状の重症度と心理的・社会的・職業的機能とを合わせて評価して1点から100点まで(0点は情報不十分)の連続した点数をつけるものである。医療観察法指定入院医療機関では、入院時、入院継続申請時、退院申請時にGAF尺度の評定を求められているため、同時期に行われている共通評価項目との比較を行うことができる。精神症状の重症度と心理社会的機能を評価するというGAFの特性から、共通評価項目において精神症状とかがわる項目(「精神病症状」「非精神病性症状」)ならびに「生活能力」との関連が特に想定される。本研究のはじめにGAFと共通評価項目中項目、および「精神病症状」「非精神病性症状」「生活能力」の小項目との相関を検証する。

a. 方法

1. 対象

対象は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であり、そのうち研究協力が得られ、データの収集できた19の指定入院医療機関の入院対象者218人のデータを用いた*1。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)プログラムを用いた。

2. 解析方法

共通評価項目の17の中項目「精神病症状」「非精神病性症状」「生活能力」に含まれる小項目と、GAF尺度との相関(Pearsonの積率相関係数)を求め、帰無仮説による検定を行った。共通評価項目とGAF尺度の評定時期は初回入院継続時と退院申請時を用い、入院時の評定は共通評価項目の評価期間が対象行為の半年前から現在となって、他の評価時と評価期間が異なって長くなるために除外した。また、対象者本人からの退院請求などのために初回入院継続申請が6か月を超えているデータについては解析から除外した。なお、本研究では共通評価項目の下位項目得点とGAF尺度との関連を調べるのが目的のため、初回入院継続時のそれぞれの尺度得点と、退院申請時のそれぞれの尺度得点とは別被検者の扱いにして同一の変数として解析した。欠損値はペアワイズで

除外し、Nは112である。Nが全サンプル数より大幅に少ないが、入院施設によってはGAF尺度の評定がまったく行われていない施設があること、退院申請がまだ行われていないサンプルも含まれることなどによる。

統計解析にはエクセル統計2010を使用した。

3. 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しない。以上の配慮をもって、肥前精神医療センター、および厚生労働科学研究の班長施設である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。

b. 結果

共通評価項目17の中項目とGAFとの相関(Pearsonの積率相関係数)を表1に、「精神病症状」「非精神病性症状」「生活能力」の中項目に属する小項目とGAFとの相関をそれぞれ表2～4に記した。

表1から、「自殺企図」を除く16の中項目がGAFと1%水準で有意な負の相関を示した。すなわち、GAFによる機能の全体的評定が高いほど共通評価項目の各中項目で低く評定されるといえる。

また表2～4でも大半の小項目がGAFと1%水準で有意な負の相関を示している。逆に有意な相関を示さなかったのが「非精神病性症状」の小項目で「5) 抑うつ」「6) 罪悪感」「7) 解離」「9) 意識障害」の4項目のみで、「精神病症状」「生活能力」のすべての小項目が有意な負の相関を示した。

3. 研究2—ICFとの相関

本研究では次に国際機能分類(ICF)との相関を検討した。ICFは人間の健康状態に関係した

生活機能状態から環境までを記述する尺度であり⁷⁾、医療観察法指定入院医療機関では、入院処遇ガイドライン⁸⁾に基づき、ICFの項目のうち「活動と参加」の25項目と、環境因子の5項目を入院時、入院継続申請時、退院申請時に評定している。ここで評定されているICFの各項目のうち「活動と参加」の25項目は「セルフケア」「家庭生活」「対人関係」「一般的な課題と要求」「主要な生活領域」の領域から抜粋されており、共通評価項目の「生活能力」「ストレス」との関連が予想される。そのため入院継続申請時、退院申請時に評定されているICFの「活動と参加」の25項目と共通評価項目の「ストレス」「生活能力」および「生活能力」の中項目に含まれる小項目との相関を検証した。

またICFの環境因子は入院継続申請時、退院申請時に「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」の5領域が評定されており、共通評価項目では対象者への支援や環境要因を評価する「個人的支援」「コミュニティ要

表1 共通評価項目中項目とGAFとの相関

	M	SD	GAFとの相関
精神病症状	1.08	0.74	-0.48**
非精神病性症状	1.23	0.76	-0.36**
自殺企図	0.08	0.30	-0.09
内省・洞察	1.29	0.72	-0.47**
生活能力	1.42	0.64	-0.37**
衝動コントロール	0.65	0.76	-0.42**
共感性	0.59	0.58	-0.30**
非社会性	0.19	0.49	-0.32**
対人暴力	0.13	0.45	-0.30**
個人的支援	0.91	0.69	-0.33**
コミュニティ要因	1.21	0.87	-0.47**
ストレス	1.42	0.51	-0.48**
物質乱用	0.33	0.59	-0.13**
現実的計画	1.63	0.66	-0.33**
コンプライアンス	0.88	0.60	-0.53**
治療効果	0.82	0.45	-0.29**
治療・ケアの継続性	1.60	0.62	-0.46**
GAF得点	54.38	15.56	

** $p<0.01$

表2 「精神病症状」の小項目とGAFとの相関

精神病症状の小項目	M	SD	GAFとの相関
1) 通常でない思考	0.75	0.81	-0.42**
2) 幻覚に基づいた行動	0.57	0.74	-0.40**
3) 概念の統合障害	0.46	0.70	-0.36**
4) 精神病的しぐさ	0.32	0.60	-0.36**
5) 不適切な疑惑	0.60	0.75	-0.38**
6) 誇大性	0.26	0.58	-0.33**

** $p<0.01$

表3 「非精神病性症状」の小項目とGAFとの相関

非精神病性症状の小項目	M	SD	GAFとの相関
1) 興奮・躁状態	0.29	0.62	-0.40**
2) 不安・緊張	0.66	0.67	-0.31**
3) 怒り	0.39	0.68	-0.32**
4) 感情の平板化	0.31	0.62	-0.38**
5) 抑うつ	0.22	0.48	-0.07
6) 罪悪感	0.10	0.33	-0.05
7) 解離	0.05	0.32	0.04
8) 知的障害	0.79	0.86	-0.13**
9) 意識障害	0.02	0.19	-0.06

** $p<0.01$

表4 「生活能力」の小項目とGAFとの相関

生活能力の小項目	M	SD	GAFとの相関
1) 生活リズム	0.36	0.61	-0.31**
2) 整容と衛生	0.29	0.54	-0.28**
3) 金銭管理	0.55	0.72	-0.30**
4) 家事や料理	0.61	0.73	-0.18**
5) 安全管理	0.36	0.64	-0.35**
6) 社会資源の利用	0.52	0.71	-0.27**
7) コミュニケーション	0.54	0.70	-0.38**
8) 社会的ひきこもり	0.42	0.65	-0.44**
9) 孤立	0.58	0.72	-0.41**
10) 活動性の低さ	0.41	0.61	-0.41**
11) 生産的活動・役割	0.88	0.87	-0.24**
12) 過度の依存	0.22	0.53	-0.17**
13) 余暇を有効に過ごせない	0.39	0.61	-0.29**
14) 施設への過剰適応	0.09	0.32	-0.09*

** $p<0.01$, * $p<0.05$

因」との関連が予想される。そのため入院継続申請時、退院申請時に評定されているICFの環境因子の5項目と共通評価項目の「個人的支援」「コ

ミュニティ要因」との相関を検証することとした。

a. 方法

1. 対象

対象は研究1と同様に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であり、そのうち研究協力が得られ、データの収集できた19の指定入院医療機関の入院対象者218人のデータを用いた。

2. 解析方法

ICFの「活動と参加」の25項目と共通評価項目の「ストレス」「生活能力」および「生活能力」の中項目に含まれる小項目との相関(Pearsonの積率相関係数)を求め、帰無仮説による検定を行った。またICFの環境因子の5項目と共通評価項目の「個人的支援」「コミュニティ要因」との相関を求め、帰無仮説による検定を行った。

評定期間、サンプルの扱いに関しては研究1と同様である。

統計解析にはエクセル統計2010を使用した。

3. 倫理的な配慮

研究1と同様である。

b. 結果

ICFの「活動と参加」の25項目と共通評価項目の「ストレス」「生活能力」および「生活能力」の中項目に含まれる小項目との相関を求めるにあたって用いた変数の基礎統計量を表5に、相関係数と帰無仮説による検定結果を表6～8に記した。

またICFの環境因子の5項目と共通評価項目の「個人的支援」「コミュニティ要因」との相関とを求めるにあたって用いた変数の基礎統計量を表9に、相関係数と帰無仮説による検定結果を表10に示した。

多くの項目間で有意な相関が得られているものの、有意な相関とならなかった箇所も複数あり、また有意ではあっても特に「活動と参加」の25項目では相関の大きさが「弱い相関」のレベルにとどまっている箇所も多い。各項目間の相関の大

きさについては考察の項で詳述する。

4. 考察

a. GAF 尺度と共通評価項目中項目との相関

まず研究1で行った GAF 尺度との相関について考察を加える。先に述べた通り、GAF 尺度は精神症状の重症度と心理的・社会的・職業的機能とを合わせて評価しており、非常に包括的な評価である。そのために共通評価項目の特定の項目に限らず多くの項目との相関を有していることが結果に表れた。表1から、「精神病症状」「内省・洞察」「衝動コントロール」「コミュニティ要因」「ストレス」「コンプライアンス」「治療・ケアの継続性」の7項目が GAF 尺度と $r < -0.4$ の中程度の相関を示したことは、これらの項目の収束妥当性の1つの証左といえる。一方、「非精神病性症状」「生活能力」「共感性」「非社会性」「対人暴力」「個人的支援」「現実的計画」はそれぞれ -0.3 台、「治療効果」は -0.29 とやや低い相関にとどまった。各項目の概念を鑑みると「共感性」「非社会性」「対人暴力」や、対象者の周辺の要因を評価する項目である「個人的支援」「現実的計画」の各項目が、精神症状も含めた全体的機能との関連が弱いことは問題ではないと考えられる。一方で「非精神病性症状」「生活能力」「治療効果」のそれぞれが GAF 尺度との相関が弱いという点に関しては、今後他の研究結果と併せてこの3項目の性質について検討する必要があると考えられる。「物質乱用」「自殺企図」と GAF 尺度との相関はさらに弱い。これは2つの項目の性質を考えると、症状や機能との関連が薄くても問題ではないと思われる。

b. GAF 尺度と共通評価項目小項目との相関

共通評価項目小項目は、表2～4のように、中項目よりも相関がやや小さくなる。しかしそれは精神症状と機能の全体的な評価である GAF 尺度との関連であることを考えると、妥当な結果と考えられる。特に表2に示される「精神病症状」

表5 「ストレス」「生活能力」、および「生活能力」の小項目と ICF 「活動と参加」項目の基礎統計量

	N	M	SD	
ストレス	322	1.41	0.54	
生活能力	322	1.43	0.65	
「生活能力」の小項目	1) 生活リズム	322	0.39	0.60
	2) 整容と衛生	322	0.32	0.59
	3) 金銭管理	322	0.58	0.75
	4) 家事や料理	322	0.67	0.75
	5) 安全管理	322	0.41	0.67
	6) 社会資源の利用	322	0.55	0.77
	7) コミュニケーション	322	0.61	0.68
	8) 社会的ひきこもり	322	0.44	0.63
	9) 孤立	322	0.64	0.73
	10) 活動性の低さ	322	0.45	0.64
	11) 生産的活動・役割	322	0.95	0.85
	12) 過度の依存	322	0.24	0.52
	13) 余暇を有効に過ごせない	322	0.49	0.67
	14) 施設への過剰適応	322	0.09	0.29
ICF 「活動と参加」項目	身体快適性の確保	280	0.87	0.82
	食事や体調の管理	279	1.22	0.89
	健康の維持	281	1.30	0.89
	調理	187	2.03	1.81
	調理以外の家事	258	1.38	1.18
	敬意と思いやり	278	1.23	0.85
	感謝	279	1.06	0.78
	寛容さ	277	1.41	0.87
	批判	275	1.48	0.94
	合図	277	1.27	0.96
	身体的接触	267	1.13	1.01
	対人関係の形成	280	1.65	0.88
	対人関係の終結	257	1.81	1.37
	対人関係における行動の制限	279	1.46	0.91
	社会的ルールに従った対人関係	279	1.33	0.92
	社会的距離の維持	279	1.44	0.95
	日課の管理	281	1.24	0.91
	日課の達成	281	1.19	0.88
	自分の活動レベルの管理	281	1.45	0.94
	責任への対処	274	1.80	1.01
ストレスへの対処	278	2.02	0.86	
危機への対処	248	2.26	1.25	
基本的な経済的取引	275	1.05	1.01	
複雑な経済的取引	205	2.25	1.83	
経済的自給	243	2.02	1.60	

表6 「ストレス」「生活能力」、および「生活能力」の小項目とICF「活動と参加」項目との相関(1)

ICF「活動と参加」項目	ストレス	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	4) 家事や料理
身体快適性の確保	0.15**	0.28**	0.17**	0.53**	0.26**	0.39**
食事や体調の管理	0.22**	0.28**	0.21**	0.39**	0.32**	0.33**
健康の維持	0.20**	0.23**	0.16**	0.36**	0.29**	0.28**
調理	0.05	0.31**	0.10	0.05	0.04	0.34**
調理以外の家事	0.09	0.32**	0.12	0.26**	0.25**	0.42**
敬意と思いやり	0.25**	0.18**	0.17**	0.23**	0.26**	0.23**
感謝	0.22**	0.15**	0.18**	0.25**	0.25**	0.20**
寛容さ	0.22**	0.18**	0.17**	0.14*	0.23**	0.19**
批判	0.11	0.19**	0.16**	0.16**	0.15*	0.16**
合図	0.18**	0.22**	0.10	0.16**	0.23**	0.14*
身体的接触	0.14*	0.09	0.11	0.20**	0.12*	0.08
対人関係の形成	0.14*	0.30**	0.14*	0.30**	0.21**	0.26**
対人関係の終結	0.09	0.33**	0.13*	0.12	0.12*	0.32**
対人関係における行動の制限	0.22**	0.27**	0.21**	0.32**	0.32**	0.27**
社会的ルールに従った対人関係	0.27**	0.28**	0.24**	0.30**	0.32**	0.24**
社会的距離の維持	0.33**	0.34**	0.21**	0.19**	0.35**	0.28**
日課の管理	0.22**	0.35**	0.31**	0.38**	0.33**	0.35**
日課の達成	0.18**	0.31**	0.30**	0.41**	0.29**	0.33**
自分の活動レベルの管理	0.24**	0.41**	0.27**	0.32**	0.39**	0.35**
責任への対処	0.24**	0.31**	0.22**	0.22**	0.30**	0.30**
ストレスへの対処	0.23**	0.26**	0.14*	0.22**	0.30**	0.24**
危機への対処	0.12	0.29**	0.13*	0.17**	0.20**	0.32**
基本的な経済的取引	0.26**	0.36**	0.19**	0.26**	0.45**	0.33**
複雑な経済的取引	0.09	0.27**	0.09	0.07	0.21**	0.24**
経済的自給	0.20**	0.26**	0.15*	0.14*	0.30**	0.23**

** $p<0.01$, * $p<0.05$

の小項目はGAF尺度とそれぞれ相関は-0.3以下となり問題ない値と考えられる。

一方で表3から「非精神病性症状」の小項目では、「5) 抑うつ」「6) 罪悪感」「7) 解離」「9) 意識障害」のそれぞれでGAF尺度との相関が5%水準で有意にもなっていない。これはこれらの小項目がほとんど0点と評定され、1点以上の評定がまれである⁴⁾ことによると考えられる。「8) 知的障害」とGAF尺度との相関も低いですが、必ずしも精神症状や機能と知的能力との間には大きな関連がなくとも問題とはいえない。

表4から「生活能力」の小項目では「14) 施設への過剰適応」とGAF尺度との相関が-0.09と低く、ここでも1点以上の評定がまれである⁴⁾

ことの影響が考えられる。また「4) 家事や料理」「12) 過度の依存」のGAF尺度との相関もやや低いですが、他の「生活能力」の小項目も含め、次項にてICFとの相関と併せて考察したい。

c. ICFの「活動と参加」項目と「ストレス」「生活能力」との相関

共通評価項目中項目の「ストレス」は、対象者のストレッサーとストレス対処能力・ストレス耐性を評価するものである。ICF「活動と参加」項目のうち、この項目との深い関連が予想されるのはd240「ストレスとその他の心理的要求への対処」⁷⁾に含まれる「責任への対処」「ストレスへの対処」「危機への対処」の3項目である。しかし

表6から、共通評価項目の「ストレス」項目とこれら ICF の3項目との相関は0.12～0.24にとどまる。共通評価項目の「ストレス」項目がストレスラーの大きさとストレス対処能力の両方を測るのに対し、ICFの3項目がストレスラーは評価基準に含めずストレス対処能力のみを評価するという違いがある点が影響している可能性がある。

表6に示される「生活能力」の小項目とICF「活動と参加」項目との相関では、「2) 整容と衛生」とICF「身体快適性の確保」($r=0.53$)、「3) 金銭管理」と「基本的な経済的取引」($r=0.45$)と、密接に関連する小項目どうしの相関は中等度であり、これらの小項目の収束妥当性は保たれているといえる。「4) 家事や料理」は「調理」との相

関は $r=0.34$ と小さいが、評価基準では「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。自分で片づけない。掃除、洗濯やゴミの分別ができない⁸⁾」と調理以外の家事も多く含み、ICFの「調理以外の家事」との相関は $r=0.42$ と十分な値を示している。表4のGAF尺度との相関は低い、ICFとの相関はこの項目の収束妥当性の傍証といえる。

同様に表7に示される「8) 社会的ひきこもり」「9) 孤立」とICF「対人関係の形成」はそれぞれ $r=0.41$ と 0.43 であり、収束妥当性の指標として十分な値と考えられる。また表8に示される「10) 活動性の低さ」とICFのd230「日課の遂行」に含まれる「日課の管理」「日課の達成」「自分の

表7 「生活能力」の小項目とICF「活動と参加」項目との相関(2)

ICF「活動と参加」項目	5) 安全管理	6) 社会資源の利用	7) コミュニケーション	8) 社会的ひきこもり	9) 孤立
身体快適性の確保	0.41 **	0.26 **	0.29 **	0.31 **	0.31 **
食事や体調の管理	0.38 **	0.22 **	0.23 **	0.25 **	0.23 **
健康の維持	0.37 **	0.25 **	0.27 **	0.23 **	0.23 **
調理	0.28 **	0.35 **	-0.03	0.07	0.08
調理以外の家事	0.37 **	0.35 **	0.16 *	0.23 **	0.18 **
敬意と思いやり	0.19 **	0.10	0.22 **	0.23 **	0.24 **
感謝	0.17 **	0.13 *	0.22 **	0.22 **	0.23 **
寛容さ	0.21 **	0.08	0.16 **	0.14 *	0.19 **
批判	0.21 **	0.14 *	0.27 **	0.25 **	0.20 **
合図	0.18 **	0.15 **	0.34 **	0.36 **	0.30 **
身体的接触	0.16 *	0.10	0.23 **	0.22 **	0.20 **
対人関係の形成	0.34 **	0.17 **	0.34 **	0.41 **	0.43 **
対人関係の終結	0.25 **	0.32 **	0.21 **	0.20 **	0.23 **
対人関係における行動の制限	0.26 **	0.19 **	0.26 **	0.14 *	0.16 **
社会的ルールに従った対人関係	0.27 **	0.18 **	0.31 **	0.19 **	0.25 **
社会的距離の維持	0.30 **	0.16 **	0.35 **	0.20 **	0.24 **
日課の管理	0.39 **	0.34 **	0.30 **	0.32 **	0.28 **
日課の達成	0.40 **	0.29 **	0.25 **	0.29 **	0.27 **
自分の活動レベルの管理	0.34 **	0.27 **	0.33 **	0.34 **	0.25 **
責任への対処	0.32 **	0.25 **	0.19 **	0.21 **	0.20 **
ストレスへの対処	0.26 **	0.17 **	0.31 **	0.24 **	0.23 **
危機への対処	0.31 **	0.28 **	0.14 *	0.19 **	0.19 **
基本的な経済的取引	0.41 **	0.38 **	0.17 **	0.18 **	0.20 **
複雑な経済的取引	0.25 **	0.29 **	-0.01	0.10	0.03
経済的自給	0.25 **	0.24 **	0.10	0.09	0.08

** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

表 8 「生活能力」の小項目と ICF「活動と参加」項目との相関 (3)

ICF「活動と参加」項目	10) 活動性の低さ	11) 生産的活動・役割	12) 過度の依存	13) 余暇を有効に過ごせない	14) 施設への過剰適応
身体快適性の確保	0.38 **	0.17 **	0.12 *	0.24 **	-0.06
食事や体調の管理	0.34 **	0.16 **	0.23 **	0.23 **	0.02
健康の維持	0.27 **	0.12	0.13 *	0.19 **	0.00
調理	0.24 **	0.29 **	0.11	-0.04	0.07
調理以外の家事	0.27 **	0.22 **	0.13 *	0.09	0.02
敬意と思いやり	0.26 **	0.05	0.19 **	0.26 **	0.05
感謝	0.25 **	0.07	0.12 *	0.19 **	0.02
寛容さ	0.15 *	0.01	0.22 **	0.15 *	0.12
批判	0.14 *	0.13 *	0.12	0.07	0.10
合図	0.33 **	0.19 **	0.11	0.25 **	0.04
身体的接触	0.17 **	0.12	0.08	0.20 **	0.11
対人関係の形成	0.34 **	0.28 **	0.14 *	0.32 **	0.08
対人関係の終結	0.24 **	0.29 **	0.17 **	0.11	0.09
対人関係における行動の制限	0.20 **	0.14 *	0.22 **	0.19 **	0.04
社会的ルールに従った対人関係	0.18 **	0.19 **	0.17 **	0.22 **	0.03
社会的距離の維持	0.20 **	0.25 **	0.36 **	0.23 **	0.11
日課の管理	0.44 **	0.21 **	0.17 **	0.28 **	0.07
日課の達成	0.43 **	0.24 **	0.13 *	0.25 **	0.03
自分の活動レベルの管理	0.41 **	0.33 **	0.23 **	0.32 **	0.00
責任への対処	0.27 **	0.16 **	0.16 **	0.23 **	0.05
ストレスへの対処	0.20 **	0.16 **	0.20 **	0.22 **	0.08
危機への対処	0.30 **	0.20 **	0.19 **	0.10	0.05
基本的な経済的取引	0.26 **	0.24 **	0.36 **	0.25 **	0.22 **
複雑な経済的取引	0.20 **	0.28 **	0.15 *	0.06	0.08
経済的自給	0.18 **	0.21 **	0.15 *	0.10	0.14 *

** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

活動レベルの管理」の各項目とそれぞれ $r=0.44$, 0.43 , 0.41 となっており、こちらも収束妥当性の指標として十分な値と考えられる。

一方で共通評価項目「生活能力」の他の小項目は、ICF「活動と参加」項目との間の概念的つながりがより間接的となるために評価が難しい。共通評価項目の「1) 生活リズム」は睡眠と覚醒のリズムを評価対象にしているが、ICFには同義ないしそれに近い項目が存在しない。評定されている項目のなかでは d230「日課の遂行」に含まれる「日課の管理」「日課の達成」「自分の活動レベルの管理」の各項目が比較的関連が強いと思われるが表 6 よりこれらの項目との相関は 0.3 前後であり、概念的距離を考えると妥当な数値であると

思われる。

「5) 安全管理」は「火の始末、貴重品や持ち物の管理などができない、戸締りができない」ということが評価基準に含まれ⁸⁾、ICFの「活動と参加」項目では概念的に重なる項目はないが、「調理以外の家事」や「基本的な経済的取引」が近接すると思われ、表 7 のように 0.4 前後の相関を示しているために収束妥当性としては十分と考えられる。

「6) 社会資源の利用」は「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できない」ということが評価基準に含まれ⁸⁾、ICFの「活動と参加」項目では d470「交通機関や手段の利用」と d860「基本的な経済的取引」とを

併せもったような項目である。しかし、前者は入院処遇ガイドライン⁸⁾に評定すべき項目として含まれていないために、本調査で評定されていない。「基本的な経済的取引」とは表7から $r=0.38$ であり、2つの概念を含む項目の収束妥当性としては十分な値と考えられる。

同様に「7) コミュニケーション」は「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できない」という評価基準であり⁸⁾、一般的なコミュニケーション技能や対人交流に加え、ICFではd360「コミュニケーション用具および技法の利用」や「危機への対処」を含んでいる。d360「コミュニケーション用具および技法の利用」は本調査で使用されていないが、「ストレスへの対処」が $r=0.31$ 、「対人関係の形成」「合図」「社会的距離の維持」といった対人交流に関する項目との相関がそれぞれ $r=0.34$ 、 $r=0.34$ 、 $r=0.35$ とあり、収束妥当性としては十分意味のある値とも考えられる。

「11) 生産的活動・役割」「14) 施設への過剰適応」は、ICFに相当する項目、近接概念と考えられる項目もないため、本研究の結果からは判断しがたい。

「12) 過度の依存」は相当する項目がICFにはないが、「社会的距離の維持」が概念上最も関連が深い項目であり、表8から $r=0.36$ という値が示されており、1つの収束妥当性の指標といえることができる。

「13) 余暇を有効に過ごせない」は概念的には「日課の管理」「日課の達成」に近いと思われるが、いずれも相関は0.2点台で、十分とはいえない。

以上のように、本研究の結果、「生活能力」の小項目の多くが収束妥当性の傍証ともいえる結果を得た。

d. ICFの環境因子の5項目と「個人的支援」「コミュニティ要因」

共通評価項目の「個人的支援」と「コミュニティ要因」はいずれも対象者本人の状態ではなく、環境側の状態を評価する項目であり、ICFでは環境因子に相当する。表10にこれらの項目間の相関を示しているが、概念的に「個人的支援」との関連が強いと考えられるのがICFの「支援

と関係(量的な側面)」「態度(感情や質的な側面)」であり、「コミュニティ要因」では「支援と関係(量的な側面)」「態度(感情や質的な側面)」に「サービス・制度」が加わってくる。表10からこれらの項目間の相関をみると、いずれも0.4前後の値となっており、収束妥当性の指標として十分な値が得られたといえる。

5. 結語

本研究では共通評価項目の収束妥当性を評価すべく、GAF尺度とICFの各項目との相関を検証した。その結果GAF尺度との相関から「精神病症状」「内省・洞察」「衝動コントロール」「コミュニティ要因」「コンプライアンス」「治療・ケアの継続性」の各項目は中程度の相関が得られて収束妥当性の傍証となった。またICFの各項目との相関から「個人的支援」および「コミュニティ要因」に関しても収束妥当性として十分な結果が得られた。小項目に関しても「精神病症状」の小項目はGAF尺度との相関から収束妥当性の示唆として十分な値が得られた。また「生活能力」の小

表9 「個人的支援」「コミュニティ要因」、およびICF環境因子項目の基礎統計量

	N	M	SD	
個人的支援	322	1.03	0.66	
コミュニティ要因	322	1.28	0.79	
ICF環境因子	生産品と用具	281	1.47	1.22
	自然環境・地域環境	281	1.75	1.31
	支援と関係(量的な側面)	281	1.38	1.19
	態度(感情や質的な側面)	281	1.62	1.23
	サービス・制度	281	1.30	1.09

表10 「個人的支援」「コミュニティ要因」とICF環境因子項目との相関

ICF環境因子項目	個人的支援	コミュニティ要因
生産品と用具	0.34**	0.48**
自然環境・地域環境	0.24**	0.55**
支援と関係(量的な側面)	0.40**	0.47**
態度(感情や質的な側面)	0.37**	0.42**
サービス・制度	0.19**	0.36**

** $p<0.01$

項目の多くがICF項目との相関から収束妥当性の示唆を得られた。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1つであり、本研究の結果を踏まえてさらなる妥当性の検証へと進めていきたい。

謝辞：本研究は厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）「医療観察法における

医療の質の向上」（主任研究者：中島豊爾）分担研究「入院医療の質向上と標準化に関する研究」（分担研究者：来住由樹・村上 優）の一部として、全国の医療観察法指定入院医療機関の臨床心理技術者によって共同で進められたものである。日常の病棟業務に追われるなかで、データ抽出にご協力していただいた研究協力者のみなさまにこの場を借りて心から感謝申し上げます。

注釈 * 1 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は全国で243人であり、本研究のサンプルは全数の90%に当たる。2009年3月31日時点の指定入院医療機関数は19であるが、データ収集は2010年10月1日時点で行っており、転入院を受け入れていけば2010年10月1日時点の指定入院医療機関25施設で対象者を受け入れている可能性がある（うち2施設は該当事例がない旨連絡を受けた）。

文献

- 1) Douglas KS, Ogloff JRP, 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, 砥上恭子ほか: 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.
- 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) 一項目反応理論による分析一. 第7回日本司法精神医学会大会 抄録集: 48, 2011
- 6) American Psychiatric Association: DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院, 東京, 2002
- 7) 世界保健機関(WHO): ICF 国際生活機能分類—国際障害分類改訂版一, 中央法規出版, 東京, 2002
- 8) 厚生労働省: 医療観察法入院処遇ガイドライン, 2005

臨床現場から動きを創る
Creating the Movement

第6回

医療観察制度にかかわって

壁屋康洋

Yasuhiro Kabeya

独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター

I はじめに

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急速に進み、制度化された。本連載タイトルは「臨床現場から動きを創る」であるが、医療観察制度は、臨床現場から創られた動きではなく、一つの事件から政治が動き、国家政策として進められた。しかし厚生労働省(以下、厚労省)からの要請に臨床現場が応え、臨床現場から厚労省にはたらきかけて制度が創られていった側面もある。医療政策の多くは同様であろうが、臨床現場からの動きと政治的な動きとの双方向があって今の制度を成している。筆者は本制度の草創期から知る者としてその経緯を記す。

II 医療観察制度の準備

医療観察法は2003年に成立、2005年から施行されたが、制度の準備は国会審議中の2002年の段階で始まっている。2002年に厚生労働科学研究「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」が当時都立松沢病院長であった松下正明先生を主任研究者とし、筆者の所属する肥前精神医療センター(以下、当院)の平野誠院長(当時)ら触法精神障害者の処遇にかかわってきた現場の院長や大学等の研究者を分担研究者として始まり、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。厚生労働科学研究には政策医療にかかわるテーマに研究助成を出し、研究結果から政策への提言を受けるといった性質もあり、この厚生労働科学研究が基礎となって以後の制度を形作っている。

また2002年から厚労省派遣による英国研修が始まり、1年目には3施設から医師、看護師、精神保健福祉士の3職種8名が2~6カ月間派遣された。1年目に派遣された当院(当時)の村上優先生らの要請があり、2年目から派遣メンバーに臨床心理士と作業療法士が加えられ、筆者も2003年秋から5カ月間の英国研修に加わった。当時英国研修の募集は厚労省から日本臨床心理士会にも通達があったが、実際には医療観察法病棟を開棟すると目されていた、当時国立ないし自治体立の病院に所属していた職員のみが派遣された。筆者が英国研修に加わり、制度準備に携わったのも、国立の精神科病院のなかで西日本の基幹病院として制度の準備を始めていた当院に所属していたという僥倖によるものである。

筆者は前述の厚生労働科学研究で当院がリスクアセスメントを中心に調べていたこともあり、英国研修中にHCR-20(Webster et al., 1997)やPCL-R(Hare, 2003)のワークショップを受講した。また自分が医療観察制度準備の英国研修に派遣される最初の臨床心理士として、司法精神科

医療での臨床心理士の役割を作ると考えていたので、ワークショップで入手したHCR-20 コンパニオンガイド (Douglas et al, 2001) に書かれていたリスクファクターへの介入法を勉強し、英国の司法病棟の臨床心理士が行っているアプローチを見学し、触法精神障害者への臨床に必要とされる手法は最大限取り入れようとした。その後筆者はこれらを病棟で導入しては発表し、伝えようとしてきた (壁屋, 2012)。

当院では、2002年から2年間で5職種6名を英国研修に派遣し、研修結果を受けて入院医療の準備をするとともに、厚生労働科学研究で医療観察法医療での評価尺度 (共通評価項目) や医療観察法病棟共通の電子カルテの作成を進めた。いずれも現在まで全国で使用されているが、医療観察法医療を始めるに当たり、同じ基準で対象者を評価し、データを残し、集積することが必要だと現場から要請して作成したものである。

当初の厚生労働科学研究を基礎に、医療観察法医療のガイドラインが作成された (厚生労働省, 2005)。また職員の人材研修のための教材集 (司法精神医療等人材養成研修会教材集) の作成も始められ、臨床心理士の役割に関するページには、ガイドライン作成にも関わった齊藤慶子先生の呼びかけにより、筆者も教材集の協議と分担執筆を行った。

III 自施設での病棟開設準備

医療観察法施行に先立ち、2005年4月から1カ月半、国立精神・神経医療研究センター病院、花巻病院、東尾張病院と当院の4施設から、病棟発足のリーダーとなる5職種のスタッフが集まり研修を行った。この時点で、病棟開棟前には施設のリーダースタッフが実習を受ける構想があったが、初期開棟施設には国内に実習すべき医療観察法病棟がないために、合同で実技も含めた研修を行うという趣旨でこの研修が行われた。研修プログラムは4施設で準備を進めていた多職種によって作成され、筆者も研修プログラムの作成に携わった。

そのなかで、医療観察法医療には矯正の側面もあると考え、先の教材集作成の折にお会いした藤岡淳子先生に一部講師を依頼した。他の職種も先の教材集を執筆した他職種専門家や、制度の準備を進めていた現場のスタッフが講師を担った。この4施設の研修が最終的に医療観察法病棟の運営の仕方について共通理解を固める場になった。

自施設での病棟開設準備では5職種で病棟マニュアル、運用規程、治療プログラムの作成などを行った。新築される病棟の設計も5職種で行い、面接やグループプログラムで用いる部屋、居室や中庭の構造を検討した。病棟開設前には病棟に配属される約50名の全スタッフの研修を2週間かけて行った。開設前研修は3交替勤務となる看護師も含めた全員が協議できる唯一の機会でもあり、臨床心理士が担う役割と看護師ら他職種に期待することを伝え、議論した。罪悪感の取り扱いについて学ぶために少年院の特集番組を多職種スタッフに見てもらい、また自室の掃除を対象者が行うよう提案して社会復帰に向けた訓練の重要性を説き、司法精神科医療のコンセプトを多職種に伝えるよう努めた。

このような病棟開設前研修は新規に医療観察法病棟が開設されるたびに行われており、新規に開棟する施設は、①医療観察法病棟準備室を立ち上げてマニュアル類を作成する、②準備室のスタッフが既存の医療観察法病棟で1~2週間の実習を行う、③病棟に勤務する全職員の研修を2~3週間かけて行う、という手順で進められている。

IV 病棟での臨床業務と病棟運営

自施設の医療観察法病棟が開棟すると入院対象者への治療が始まる。病棟での臨床心理士の役割としては、全入院対象者を分担して担当すること、集団プログラムの運営がある。当院医療観察法病棟で行っている週間治療プログラムを表1に示す。表中、セルの塗られている枠が臨床心理士のかかわっているプログラムであり、3名の臨床心理士で分担し、多職種と協働して運営している。

表1 肥前精神医療センター医療観察法病棟の週間プログラム (2013年10月)

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
	朝の会		朝の会		朝の会		朝の会
A M	クラフト	NEAR 統合失調症心理教育	園芸	就労準備 導入グループ	リズム コミュニケーション	NEAR 権利擁護講座	園芸
	調理プログラム				運動 リフレッシュ		
					クッキング		
P M	物質使用障害 治療プログラム	SST	地域生活講座	SST (基礎)	スポーツ	ユニットミーティング 全体ミーティング (第2週)	クラフト
	コンボ音読会	ステップ バイ ステップ SST		服薬 SST	地域講座	内省 プログラム	余暇 プログラム
							家族会 (第3週)

医療観察法医療では再他害行為防止のための治療プログラムを組み合わせて実施しており(菊池ほか, 2007), 疾患と他害行為との関連を整理して再発防止プランを組むことを促す内省プログラム(今村ほか, 2010)や導入グループ(壁屋ほか, 2009)を行うとともに, スキル獲得型のプログラム(菊池ほか, 2007)として衝動性や怒りの問題にもアプローチしている(壁屋, 2012)。アンガーマネジメント等をグループで実施している施設もあるが, 当院では個別の心理面接のなかで行っている。

医療観察法医療では多くの人材を投入し, 先駆的な治療を行い, それを一般精神科医療に広めることも準備期から期待されていた。当院でも複数のプログラムを開発したほか, 多職種と協働して NEAR (Neuropsychological and Educational Approach to Cognitive Remediation) や当事者研究を取り入れた。さいがた病院の野村・狩野 (2013) は医療観察法医療で行われるセルフモニタリングシートとクライシスプラン作成をデイケアに応用し, 一般精神科医療の底上げにつなげようとしている。

医療観察法病棟の臨床心理業務には, 与えられた枠のなかで対象者とかかわるだけでなく, 病棟全体の治療構造を創っていくという面がある。病

棟運営に関する会議にもかかわり, 対象者の行動制限のルールの見直しや, 治療プログラムのバランスについて他職種と協議している。新しいプログラムを始める際には関心を持つスタッフを集め, 病院幹部に研修派遣を要請し, 研修結果を病棟スタッフに報告するとともに週間プログラムを調整するが, これは臨床現場での「動きを創る」役割と言えよう。

V 研修・研究活動とネットワーク

前述のように医療観察法病棟を開棟する前には他の医療観察法病棟に見学研修に赴き, また先行施設から講師を招いて病棟従事スタッフの研修を行う。病棟開設後も多施設の情報共有が進められ, 日本司法精神医学会と医療観察法関連職種研修会, 職種別のネットワークを通じて各施設の治療プログラム等の取り組み・直面した課題等を多職種で共有している。

臨床心理士は約 110 施設・220 人が登録している医療観察法心理士ネットワークにおいて入院医療・通院医療・鑑定にかかわる臨床心理士の情報交換を行っている。また日本心理臨床学会では花巻病院の高橋昇先生を中心に自主シンポジウム「医療観察法精神医療における心理臨床」を毎年開催している。2013 年の自主シンポジウムでは

「多職種チーム医療における心理士の葛藤と役割」(高橋ほか, 2013)をテーマに据えたが, 同職種のネットワークには, 個々の現場での多職種チーム医療で専門性を発揮するための支えという面もある。

多施設共同による厚生労働科学研究では, ネットワークの強化とともに医療観察法医療の質の評価と向上を図り, 政策提言につなげている。厚生労働科学研究には医療観察法病棟の推定入院日数の研究, 退院後の予後研究等があり, 臨床心理士のグループで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ている。

厚生労働科学研究から厚生労働省の事業へと移行したものに医療観察法病棟のピアレビューがある。全国の医療観察法病棟で年に1度1週間にわたり, 3職種が他の医療観察法病棟を訪問し, 同様の医療を行う他施設の仲間(ピア)として助言(レビュー)する取り組みである。同様の研修をして始まった医療観察法病棟でも, 制度開始から年数を経てばらつきが生じてきたため, 医療水準を均霑化するための活動が展開されている。

VI おわりに

医療観察制度は政策としての要請に厚生労働科学研究と多施設のネットワークが応え, 臨床現場から研究結果として厚労省に医療の結果を返し, さらに医療の質の維持と向上のための制度を創っている。特に入院医療には多くの人員と医療費が投入されているが, これは制度の準備期に治療プログラムのために必要性を訴えて実現したものである。その歴史を鑑みると, この人員と医療費の水準の維持は安泰ではなく, 医療の質を高め, 成果を出していかなば今後削減される危険性も孕む。制度の草創期には, 未経験の医療を準備していくために臨床現場のネットワークを創った。今は医療観察制度の維持のために前節のようなネットワーク活動を続けている。筆者は準備期からかわっているために動きを創る側にいると感じら

れるが, 現在では全国の臨床現場にいる多職種チームが病棟の動きを創り, 全国のネットワークが医療観察制度の全体の動きを創っている。

医療観察制度で動きを創ってきた経過が示すことは, 政策からの動きに対して臨床現場が応えることで, さらに大きな動きを創り上げることが可能となるということであろう。

▶文献

- Douglas KS, Webster CD, Hart SD et al. (2001) HCR-20 Violence Risk Management Companion Guide. (吉川和男 監訳 (2007) HCR-20 コンパニオン・ガイド—暴力のリスク・マネージメント. 星和書店.)
- Hare RD (2003) Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) 2nd Ed. Technical Manual. (西村由貴 訳 (2004) PCL-R 第2版 日本語版 テクニカルマニュアル. 金子書房.)
- 今村扶美, 松本俊彦, 藤岡淳子, 森田展彰, 岩崎さやか, 朝波千尋, 壁屋康洋, 久保田圭子, 平林直次 (2010) 重大な他害行為に及んだ精神障害者に対する「自省プログラム」の開発と効果測定. 司法精神医学 5; 2-15.
- 壁屋康洋 (2012) 触法精神障害者への心理的アプローチ. 星和書店.
- 壁屋康洋, 大賀礼子, 平山泰照, 益田和利, 平石孝美 (2009) 医療観察法病棟入院対象者との共同での導入グループ開発の試み (第4回司法精神医学会大会 一般演題抄録). 司法精神医学 4; 102.
- 菊池安希子, 岩崎さやか, 朝波千尋, 福井裕輝, 岡田幸之, 吉川和男 (2007) 統合失調症患者の再他害行為防止のための心理学的介入—医療観察法指定入院医療機関における介入構造. 臨床精神医学 36-9; 1107-1114.
- 厚生労働省 (2005) 医療観察法入院処遇ガイドライン.
- 野村照幸, 狩野俊介 (2013) セルフモニタリングシートとクライシスプランの作成を目的とした心理教育プログラムの開発とその有効性に関する研究—一般精神科医療における医療観察法に基づく医療の応用. 司法精神医学 8; 2-10.
- 高橋昇, 山村卓, 山本雅也, 大原薫 (2013) 自主シンポジウム: 医療観察法医療における心理臨床(7)—多職種チーム医療における心理士の役割と葛藤. 日本心理臨床学会 第32回大会論文集, 695.
- Webster CD, Douglas KS, Eaves D & Hart SD (1997) HCR-20: Assessing Risk for Violence. Version 2. (吉川和男 監訳 (2007) HCR-20 第2版—暴力のリスク・アセスメント. 星和書店.)

