

第9章

共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究 (31) ～入院から4ヶ月以内の院内自殺企図の予測

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。

前章「共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究 (30) ～院内自殺企図予測モデルの探索」では入院時初回評価の共通評価項目の院内自殺企図の予測力をもとに再度院内自殺企図の予測モデルの探索を行ったところ、【非精神病性症状】【自殺企図】【内省・洞察】【生活能力】【衝動コントロール】【ストレス】および【非精神病性症状】の小項目【2) 不安・緊張】【3) 怒り】【4) 感情の平板化】【5) 抑うつ】、【生活能力】の小項目【14) 施設への過剰適応】、【衝動コントロール】の小項目【1) 一貫性のない行動】、【現実的計画】の小項目【4) 生活費】、【治療・ケアの継続性】の小項目【1) 治療同盟】の計14項目の合計によって $AUC=.753$ の値を得た。しかし上記項目には評定者間信頼性の十分でない項目が含まれていたため、 $ICC<0.6$ の項目を除いた【非精神病性症状】【内省・洞察】【衝動コントロール】【非精神病性症状3) 怒り】【非精神病性症状4) 感情の平板化】【衝動コントロール1) 一貫性のない行動】【治療・ケアの継続性1) 治療同盟】の7項目合計点によって $AUC=.699$ となった。一定の予測力が得られたが、十分な予測力とされる $AUC>0.7$ にわずかに及ばなかった。

一方、先の章「第6章 共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究 (28) ～入院継続後3ヶ月間の院内暴力の予測」からは、院内暴力の予測をするときには、対象とする期間が短い方が高い AUC が得られ、予測しやす

いと考えられた。

本研究は前章の結果を踏まえ、短期～中期の予測の可能性を再度吟味するため、入院時初回評価から、3ヶ月程度に期間を区切った院内自殺企図の予測力について検討する。入院時初回評価の行われる3週目以降から約3ヶ月間、即ち入院から21日目～120日目に自殺企図が発生した事例を予測の対象とし、評価から約3ヶ月間の短期～中期の予測力を評価する。

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日時点で研究協力が得られた22の指定入院医療機関からのデータを用いた。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)プログラムを用い、同プログラムから抽出される共通評価項目の評定値、入院処遇日数の情報の他、指定入院医療機関の研究協力者が各対象者の院内自殺企図の有無、および初回院内自殺企図の入院歴日を追加したものを用いた。入院3週～4ヶ月の自殺企図があった事例と入院から4ヶ月までの期間に自殺企図がなかった事例との比較という形をとったため、入院から3週までの間に自殺企図を行った事例は解析から除外し、入院4ヶ月以降に院内自殺企図を行った事例は自殺企図なし事例に含んだ。

入院3週～4ヶ月の自殺企図有り事例は10名(自殺既遂・未遂ともに含む)、入院4ヶ月までの自殺企図なし事例は538名となった。

b.解析方法

前項に挙げた対象、入院 3 週～4 ヶ月の自殺企図有り事例 10 名、なし事例 538 例に対し、院内自殺企図を予測する変数の組み合わせを抽出するため、以下の変数を独立変数とし、入院 3 週～4 ヶ月の院内自殺企図の有無を従属変数として ROC 曲線下面積 (AUC) を算出した。

- ① 共通評価項目 17 中項目の合計点
- ② 昨年度の報告書¹⁾のうち「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」の章において予測力の認められた項目【非精神病性症状】【自殺企図】【内省・洞察】【生活能力】【衝動コントロール】【ストレス】および【非精神病性症状】の小項目【2) 不安・緊張】【3) 怒り】【4) 感情の平板化】【5) 抑うつ】、【生活能力】の小項目【14) 施設への過剰適応】、【衝動コントロール】の小項目【1) 一貫性のない行動】、【現実的計画】の小項目【4) 生活費】、【治療・ケアの継続性】の小項目【1) 治療同盟】の 14 項目の合計得点
- ③ さらに、②に示した 14 項目に関し、2 項ロジスティック回帰分析 (変数減少法、項目選択の有意基準 $\alpha=0.20$) を行う。
- ④ 院内自殺企図を予測するための項目の構成を作るに当たり、以前の研究から信頼性 (評定者間一致度)²⁾ が十分でない項目は使わずに構成するため、②の 14 項目から級内相関係数 (ICC_{2,1}) が 0.6 未満の項目²⁾、【自殺企図】【生活能力】【ストレス】【非精神病症状 2) 不安・緊張】【生活能力 14) 施設への過剰適応】【現実的計画 4) 生活費】は除外して AUC を算出する。
- ⑤ さらに、④に示した 7 項目に関し、2 項ロジスティック回帰分析 (変数減少法、項目選択の有意基準 $p<0.20$) を行う。

- ⑥ 前章にて選択された【非精神病性症状 4) 感情の平板化】【衝動コントロール 1) 一貫性のない行動】【治療・ケアの継続性 1) 治療同盟】の 3 項目の合計点による AUC を算出する。

解析にはエクセル統計 2012 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、連結不可能匿名化を行った。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臨床研究部の承認を得て本研究を実施した。

結果

- ① 共通評価項目 17 中項目の合計点による ROC 曲線下面積

17 項目合計点による ROC 曲線を図 1、解析の元となる基本統計量を表 1 に挙げる。AUC = .708 となった。

- ② 昨年度の報告書¹⁾「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」の章において予測力の認められた計 14 項目の合計得点

上述の 14 項目の合計得点による ROC 曲線を図 2、解析の元となる基本統計量を表 2 に挙げる。AUC = .780 となった。

- ③ ②に示した 14 項目に対する、2 項ロジスティック回帰分析

②に示した 14 項目に対する 2 項ロジスティック回帰分析を行ったところ、30 回目の反復

推定において Fisher 情報行列の逆行列が存在しなかったため分析が中断され、変数選択ができなかった。

④②の 14 項目から級内相関係数 (ICC2,1) が 0.6 未満の項目²⁾、【自殺企図】【生活能力】【ストレス】【非精神病症状 2) 不安・緊張】【生活能力 14) 施設への過剰適応】【現実的計画 4) 生活費】は除外した 7 項目合計点を用いた ROC 曲線

②の 14 項目から級内相関係数 (ICC2,1) が 0.6 未満²⁾の項目を除き、【非精神病性症状】【内省・洞察】【衝動コントロール】【非精神病性症状 3) 怒り】【非精神病性症状 4) 感情の平板化】【衝動コントロール 1) 一貫性のない行動】【治療・ケアの継続性 1) 治療同盟】の 7 項目合計点を用いて ROC 曲線下面積 (AUC) を算出した。7 項目の合計得点による ROC 曲線を図 3、解析の元となる基本統計量を表 3 に挙げる。AUC=.721 となった。

⑤④に示した 7 項目に対する、2 項ロジスティック回帰分析

④に示した 7 項目に対する 2 項ロジスティック回帰分析を行ったところ、31 回目の反復推定において Fisher 情報行列の逆行列が存在しなかったため分析が中断され、変数選択ができなかった。

⑥前章にて選択された【非精神病性症状 4) 感情の平板化】【衝動コントロール 1) 一貫性のない行動】【治療・ケアの継続性 1) 治療同盟】の 3 項目の合計点による AUC

上記のようにロジスティクス回帰分析によって変数選択することができなかったため、前章の解析にて変数選択された 3 項目合計点を用いて ROC 曲線下面積 (AUC) を算出した。3 項目の合計得点による ROC 曲線を図 4、解析の元となる基本統計量を表 4 に挙げる。

AUC=.760 となった。

考察

前項に挙げた ROC 曲線下面積から、共通評価項目 17 中項目の合計点による ROC 曲線下面積は AUC=.708、昨年度の報告書¹⁾「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」の章において予測力の認められた計 14 項目の合計得点による予測では AUC=.780 となった。またこの 14 項目から級内相関係数 (ICC2,1) が 0.6 未満²⁾の項目を除き、【非精神病性症状】【内省・洞察】【衝動コントロール】【非精神病性症状 3) 怒り】【非精神病性症状 4) 感情の平板化】【衝動コントロール 1) 一貫性のない行動】【治療・ケアの継続性 1) 治療同盟】の 7 項目合計点を用いて ROC 曲線下面積 (AUC) を算出したところ AUC=.721 となった。前章にて選択された【非精神病性症状 4) 感情の平板化】【衝動コントロール 1) 一貫性のない行動】【治療・ケアの継続性 1) 治療同盟】の 3 項目の合計点による予測力は AUC=.760 となり、高い予測力が得られた。

医療観察法指定入院医療機関に入院後の初回評価から【非精神病性症状 4) 感情の平板化】【衝動コントロール 1) 一貫性のない行動】【治療・ケアの継続性 1) 治療同盟】の 3 項目の評価を抽出して合計することで、評価時点から約 3 ヶ月間の短期~中期予測にて高い予測力をもって予測することが可能であることが明らかになった。この 3 項目の構成は退院後通院処遇中の自殺企図の予測の項目と異なり、初回入院継続申請時の評価の予測力よりも高いものである。

このように入院中の自殺企図に関しては入院時初回評価から 3 ヶ月間程度に区切った際に高い予測力が得られることが明らかになったが、一方で先の第 3 章「共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究 (25) ~入院から

4ヶ月以内の院内暴力の予測」および第6章「共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究(28)～入院継続後3ヶ月間の院内暴力の予測」から、院内暴力の予測に際し、入院時初回評価は適さず、共通評価項目の現行のルールにある、「初回評価は対象行為の半年前から評価時点までを含んだ評価とする」という方式は、院内暴力の予測にとっては却って望ましくないと考えられた。院内自殺企図の予測では先の章「共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究(29)～初回入院継続以降の院内自殺企図の予測」から、入院6か月目以降に院内自殺企図が生じた例が、収集した511例の事例中20例であり、予測の対象とするには少数であったこともあり初回入院継続申請時の評定から予測することは困難であった。院内暴力の予測には入院時初回評価は予測力が低く、院内自殺企図の予測では入院時初回評価の方が高い予測力があるという結果のため、今後の改訂に向けてはいずれかを選択することも求められる。この点に関しては、これまでの研究の全体から検討したい。

文献

1) 壁屋康洋・高橋昇・西村大樹・砥上恭子・松原弘泰・小片圭子・山本哲裕・荒井宏文・深瀬亜矢・鈴木敬生・今村扶美・瀬底正有・竹本浩子・中尾文彦・野村照幸・大原薫・松下亮・中川桜・堀内美穂・古賀礼子・河西宏実・畔柳真理・常包知秀・横田聡子・長井史紀・前上里泰史・占部文香・高野真弘・有馬正道・天野昌太郎・大賀礼子・桑本雅量・藤田美穂・笠井正一・富山孝・島田雅美・小川佳子・古野悟志・山内健一郎・菊池安希子：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, 2014.

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研究(1) 評定者間一致度の検証. 司法精神医学, 7 : 23-31, 2012.

表 1 17項目合計点による ROC 曲線の解析：基本統計量

院内自殺企図	17項目合計	
	なし	あり
n	538	10
平均	21.99	25.90
不偏分散	43.13	6.32
標準偏差	6.57	2.51
最小値	0	22
最大値	32	30

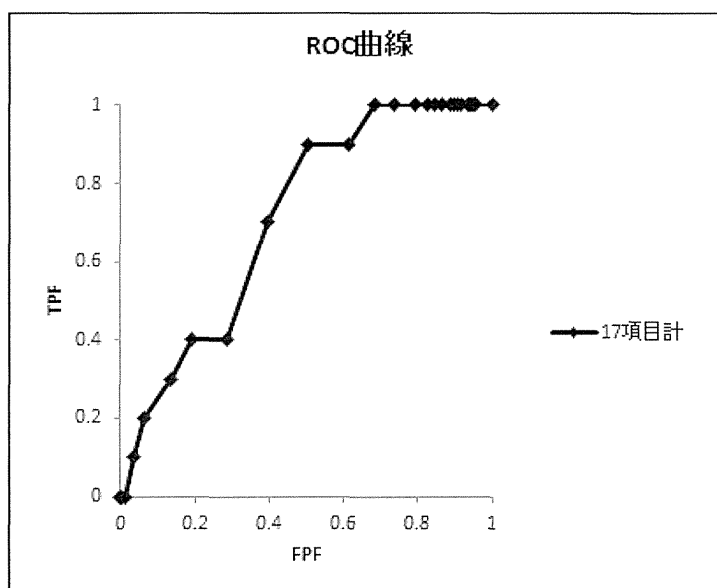


図 1 17項目合計点による ROC 曲線

表 2 【非精神病性症状】【自殺企図】【内省・洞察】【生活能力】【衝動コントロール】【ストレス】および【非精神病性症状】の小項目【2）不安・緊張】【3）怒り】【4）感情の平板化】【5）抑うつ】、【生活能力】の小項目【14）施設への過剰適応】、【衝動コントロール】の小項目【1）一貫性のない行動】、【現実的計画】の小項目【4）生活費】、【治療・ケアの継続性】の小項目【1）治療同盟】の合計得点による ROC 曲線の解析：基本統計量

院内自殺企図	有意項目合計	
	なし	あり
n	538	10
平均	14.84	20.00
不偏分散	32.80	11.78
標準偏差	5.73	3.43
最小値	0	14
最大値	28	26

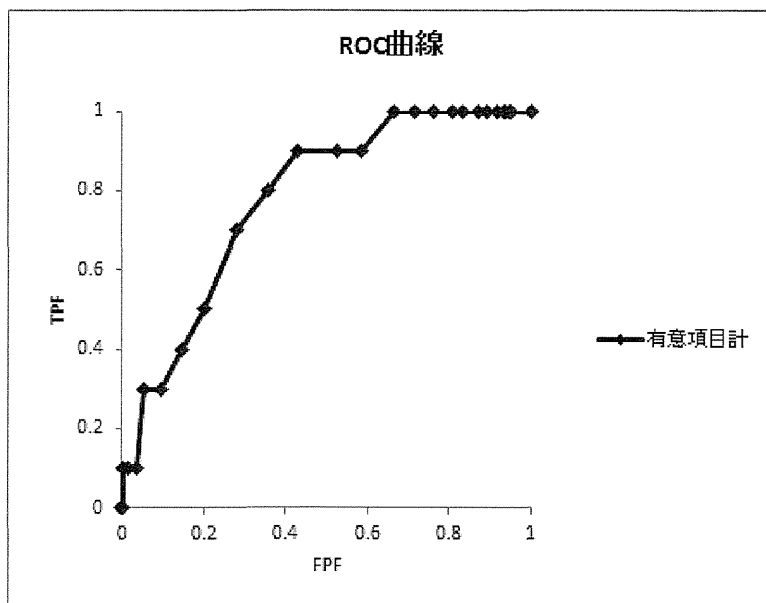


図2 【非精神病性症状】【自殺企図】【内省・洞察】【生活能力】【衝動コントロール】【ストレス】および【非精神病性症状】の小項目【2）不安・緊張】【3）怒り】【4）感情の平板化】【5）抑うつ】、【生活能力】の小項目【14）施設への過剰適応】、【衝動コントロール】の小項目【1）一貫性のない行動】、【現実的計画】の小項目【4）生活費】、【治療・ケアの継続性】の小項目【1）治療同盟】の合計得点による ROC 曲線

表3 【非精神病性症状】【内省・洞察】【衝動コントロール】【非精神病性症状3）怒り】【非精神病性症状4）感情の平板化】【衝動コントロール1）一貫性のない行動】【治療・ケアの継続性1）治療同盟】の合計得点による ROC 曲線の解析：基本統計量

有意項目から ICC<0.6

の項目を除いた合計

院内自殺企図	なし	あり
n	538	10
平均	8.30	11.10
不偏分散	12.92	5.66
標準偏差	3.59	2.38
最小値	0	8
最大値	14	14

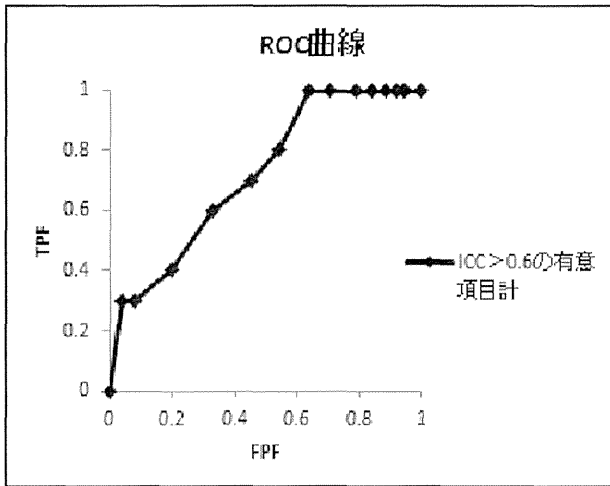


図3 【非精神病性症状】【内省・洞察】【衝動コントロール】【非精神病性症状3）怒り】【非精神病性症状4）感情の平板化】【衝動コントロール1）一貫性のない行動】【治療・ケアの継続性1）治療同盟】の合計得点によるROC曲線

表4 【非精神病性症状4）感情の平板化】【衝動コントロール1）一貫性のない行動】 【治療・ケアの継続性1）治療同盟】の合計得点によるROC曲線の解析：基本統計量

院内自殺企図	感情の平板化＋一貫性のない行動＋治療同盟	
	なし	あり
n	538	10
平均	2.72	4.30
不偏分散	2.81	1.57
標準偏差	1.68	1.25
最小値	0	3
最大値	6	6

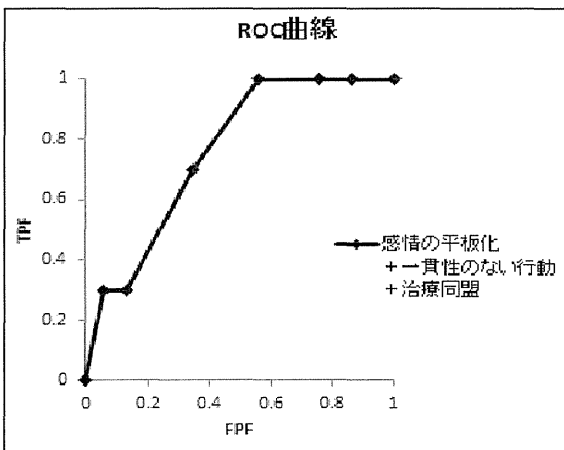


図4 【非精神病性症状4）感情の平板化】【衝動コントロール1）一貫性のない行動】 【治療・ケアの継続性1）治療同盟】の合計得点によるROC曲線

第10章 共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究 (32) ～改訂案の作成とベータテスト

はじめに～ROC 曲線下面積による問題事象の予測力の評価

本研究昨年度の成果¹⁾によって共通評価項目の17の中項目および61の小項目について、退院後の問題事象の予測力が明らかになった。また前章までに指定入院医療機関入院中の暴力ないし自殺企図の予測力が明らかになった。

先の第2章「共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究(24)～通院移行後の問題行動予測モデルの探索」によって通院移行後の暴力(＜性的な暴力＞＜身体的な暴力＞＜非身体的な暴力＞のいずれかの発生)および通院処遇移行後の何らかの問題行動(＜放火＞＜性的な暴力＞＜身体的な暴力＞＜非身体的な暴力＞＜医療への不遵守＞＜AI・物質関連問題＞のいずれかの発生)を予測するROC曲線下面積(AUC)が高くなる項目の構成が探索された。その結果【衝動コントロール】【個人的支援】【物質乱用】【非精神病症状3) 怒り】【生活能力4) 家事や料理】【衝動コントロール1) 一貫性のない行動】【非社会性9) 性的逸脱行動】の7項目の合計は、①通院移行後3年以内の暴力、②2年間追跡できたサンプルでの暴力、③通院移行後3年以内の問題行動、④2年間追跡できたサンプルでの問題行動のそれぞれについて①AUC=.792、②AUC=.771、③AUC=.803、④AUC=.717と高い予測力を示した。【個人的支援】の評定者間信頼性がICC=.58と少し低い²⁾が、この6項目を評定して合計することにより、退院後の自傷を除く問題行動や暴力の予測に関して一定の評価をすることができる。

通院移行後の精神保健福祉法入院の予測モデルを探索したところ³⁾、3年間追跡して精神保健福祉法入院のなかった群と入院のあった

群の比較では【非社会性】【生活能力4) 家事や料理】の2項目の合計によりAUC=.708と十分な予測力が得られたが、2年間追跡できたサンプルでの精神保健福祉法入院の予測ではAUC=.576と低い値に留まった。症状悪化による入院の予測では、【生活能力5) 安全管理】と【衝動コントロール2) 待つことができない】の合計から、症状悪化入院に対するCOX比例ハザードモデルでハザード比が1未満であった【内省・洞察4) 対象行為の要因理解】を引いた値を用いても、通院移行後3年以内の症状悪化による入院の予測でAUC=.686、2年間追跡できたサンプルでの症状悪化による入院の予測でAUC=.667と十分な予測力は得られず、精神保健福祉法入院は多様な要因が影響するため予測が困難と考えられた。

通院移行後の自殺企図の予測⁴⁾では、3年以内の自殺企図の予測において【生活能力4) 家事や料理】のみでAUC=.792と高い値が得られた。3年間追跡できて自殺企図がなかった群は37名、自殺企図があった群は11名とNは少ないが、自殺企図のなかった群では37名中30名が退院申請時の【生活能力4) 家事や料理】が0点であったのに対し、自殺企図のあった群は11名中9名が【生活能力4) 家事や料理】=1点で、【生活能力4) 家事や料理】1点の自殺企図率は非常に高かった。ここから、退院後の自殺企図は【生活能力4) 家事や料理】1項目のみで予測ができることになる。なお、通院移行後の自殺企図の予測では、自殺企図があった群は追跡期間が3年に満たない事例を含んでいるのに対し、なし群は3年追跡できた事例に限っているため、「通院移行後の自殺企図発生率が48名中11

名で 23%」ということではない。

先の章「共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究 (25) ～入院から 4 ヶ月以内の院内暴力の予測」「共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究 (26) ～入院継続後の院内暴力の予測」「共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究 (27) ～入院継続後の院内暴力予測モデルの探索」「共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究 (28) ～入院継続後 3 ヶ月間の院内暴力の予測」で示した指定入院医療機関入院中の暴力の予測では、入院初期に院内暴力が多かったが、AUC の高くなる項目の構成を探索した結果、①入院時初回評価による院内暴力の予測では $AUC=.640$ 、②入院時初回評価による入院 3 週～4 ヶ月の院内暴力の予測では $AUC=.671$ が最も高い値であった。一方、初回入院継続時評価を用いて①6 ヶ月以降の院内暴力、②入院 6 ヶ月～9 ヶ月の院内暴力を予測する項目の構成を探索したところ、いずれも【衝動コントロール】【非精神病性症状 8) 知的障害】【内省・洞察 4) 対象行為の要因理解】の 3 項目合計で① $AUC=.732$ 、② $AUC=.777$ と高い予測力が得られた。

反面、先の章「共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究 (29) ～初回入院継続以降の院内自殺企図の予測」「共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究 (30) ～院内自殺企図予測モデルの探索」「共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究 (31) ～入院から 4 ヶ月以内の院内自殺企図の予測」において解析した初回入院継続時の評価による予測では、【非精神病性症状 2) 不安・緊張】と【生活能力 14) 施設への過剰適応】の 2 項目合計による $AUC=.673$ が最も高い値であったが、2 項目ともに評定者間信頼性が不足しており²⁾、院内自殺企図を初回入院継続時の評価によって予測することは困難と考えられた。

共通評価項目改訂案の提示

前項に記した問題事象の予測力の結果をまとめ、【生活能力 4) 家事や料理】【個人的支援】【非精神病症状 3) 怒り】【非社会性 9) 性的逸脱行動】【物質乱用】【衝動コントロール】【非精神病性症状 8) 知的障害】【内省・洞察 4) 対象行為の要因理解】の 8 項目のみを残し、【生活能力 4) 家事や料理】【個人的支援】【非精神病症状 3) 怒り】【非社会性 9) 性的逸脱行動】【物質乱用】【衝動コントロール】【衝動コントロール 1) 一貫性のない行動】の計 7 項目合計点で退院後の問題行動・暴力リスクを評価し、【生活能力 4) 家事や料理】で退院後の自殺企図のリスクを評価、【衝動コントロール】【非精神病性症状 8) 知的障害】【内省・洞察 4) 対象行為の要因理解】の 3 項目で入院中の暴力リスクを評価することが提案できる。評価期間は 3 ヶ月間とし、「入院時初回は対象行為 6 ヶ月前から評価時までを評価期間とする」というルールは廃止する。以上の 8 項目が予測妥当性研究を中心としつつ、これまでの信頼性・妥当性研究の結果から導き出された改訂案の 1 つとなった。

この 8 項目による改訂案を 2014 年 5 月 16 日に那覇市で開催された第 10 回司法精神医学会にて提示したところ、「【精神病症状】を外すなんて考えられない」「多職種の共通言語として入っていた方がいい」等、【精神病症状】を共通評価項目から削除することへの批判を中心に、大幅な改訂への不安の声が挙がった。また、意見としては挙げられなかったが、項目の予測力の検証を行った解析のデザインから考え得る可能性として、下記のものが考慮された。

①退院申請時の評価から 2 年ないし 3 年の予測力を評価したため、比較的变化しにくい項目が残った。

②精神病症状はより短期で変動するため、予測力を示さなかった。

③3ヶ月間の院内暴力／院内自殺企図の中期予測でも精神病症状が予測力を示さなかった点に関しては、院内での問題事象は、病院の対応によって差が生じやすい一方で、退院後は通院機関の数が多く、量的解析をかけたときに機関ごとの差が相殺されやすい可能性が考えられた。

④通院移行後の問題行動、暴力の予測研究では、通院処遇に移行した対象者だけの解析であるため、サンプルバイアスがある。真の予測力はBaxtrom 研究⁵⁾のように、どこかの時点で全部退院させるようなことをしないと分からないが、実際には臨床家によるリスク評価に関わらず全て退院させるということは実現可能性が極めて低い。

以上の議論を踏まえ、2014年9月11日－13日に、研究代表者とコアメンバーに相当する研究協力者（心理療法士）計3名に加え、医師4名と精神保健福祉士、作業療法士、看護師各1名の研究協力者による多職種での研究班会議を行って共通評価項目改訂案について検討を行った。

共通評価項目改訂案についての議論

上記の多職種での研究班会議では【生活能力4）家事や料理】【個人的支援】【非精神病症状3）怒り】【非社会性9）性的逸脱行動】【物質乱用】【衝動コントロール】【非精神病性症状8）知的障害】【内省・洞察4）対象行為の要因理解】の8項目のみを残すという案（案1）に加え、この8項目を用いた問題事象の予測に関わる項目の合計点を算出することを併用した以下4つの案について長所・短所とともに提示して議論した。

案2：改訂はせず、これまでの項目をすべて使う

案3：各項目の予測力の評価において、入院期間以外の何らかの予測力があつた項目、かつ信頼性の満たされた項目を残す

案4：各項目の評定者間信頼性、収束妥当性の評価において問題のなかつた項目を残す

案5：【精神病症状】【自殺企図】【コンプライアンス】【現実的計画5）緊急時の対応】など項目のアンカーポイントを見直す

以上の案を含めて共通評価項目の改訂について次のような議論がなされた。評定者間信頼性や収束妥当性の評価から信頼性・妥当性に問題があつた項目を修正ないし削除することは良いが、予測妥当性に基ついて項目を取捨するには共通評価項目の目的をクリアにする必要がある。しかし医療観察法の目的自体が他害行為の防止だけではなく、一般精神科医療のモデルになるということを含んだ複合的なものになっているため、共通評価項目の目的を他害行為のみに絞ることはできない。この議論を経て問題事象の予測力の評価は集計として表示するが、予測力が認められなかつた項目も残すべきであるという結論に達した。その結果、問題事象の予測に関わる項目の合計点を算出することを併用しつつ、各項目の評定者間信頼性、収束妥当性の評価において問題のあつた項目は修正ないし削除する方向で改訂案をまとめた。

上記の方針で取捨ないし修正した下位項目は、昨年度の本研究班報告書に示した因子分析結果¹⁾に基ついて配列を変更した。

評価期間については、院内暴力の予測力を高めるために評価期間は3ヶ月間とし、「入院時初回は対象行為6ヶ月前から評価時までを評価期間とする」というルールは廃止するという案があつたが、この初回評価のルールを変えることで①初回評価をする時に情報が不足する、②鑑定書の過去の情報へのウェイトが下がり、情報収集が弱くなる、③リスクのシナリオが作りにくくなるといった3点が危惧された結果、初回ルールを残し、従来通り初回評価は「対象行為の半年前から評価時までを評価する」とした。

共通評価項目第3版案によるベータテスト

前項において作成した共通評価項目第3版案について、多職種チーム医療での利便性の評価を行うためにベータテストとして、紙面での仮想事例に対して多職種チームで実際に評定した。ベータテストとしての評定は2事例に対して行い、1事例の評定が終わるごとに使用後の評価を行い、必要に応じて修正した。多職種チームでのベータテストの感想には以下のようなものが挙げられた。

- ・因子分析結果に基づいて下位項目の配列が変更されたが、評定してみるとあまり気にならない。以前よりすっきりして考えやすくなった。
- ・配列の変更により、何となく人を捉える感じがした。
- ・【生活能力】が2つの項目に分割され、セルフケアとセルフマネジメントに分かれたことから目標設定しやすくなった。
- ・項目が少し減って、負担感が減った。
- ・強迫的な行動を評価する箇所がない

以上の議論によって作成した共通評価項目第3版草稿は、本報告書に付録として付記する。第3版草稿では、第2版からの主要な変更点について枠囲みで示した。

第3版草稿作成後、2014年12月6日―7日の研究協力者会議にて医療観察法指定入院医療機関の心理療法士に伝達し、第3版草稿の評定者間信頼性を検証するための評定用事例の作成を依頼した。今後は第3版草稿の評定者間信頼性を検証することが求められる。

文献

- 1) 壁屋康洋・高橋昇・西村大樹・砥上恭子・松原弘泰・小片圭子・山本哲裕・荒井宏文・深瀬亜矢・鈴木敬生・今村扶美・瀬底正有・竹本浩子・中尾文彦・野村照幸・大原薫・松下亮・中川桜・堀内美穂・古賀礼子・河西宏実・畔柳真理・常包知秀・横田聡子・長井史紀・前上里泰史・占部文香・高野真弘・有馬正道・天野昌太郎・大賀礼子・桑本雅量・藤田美穂・笠井正一・富山孝・島田雅美・小川佳子・古野悟志・山内健一郎・菊池安希子：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，2014.
- 2) 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.
- 3) 壁屋康洋、西村大樹、高橋昇、砥上恭子：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通院移行後の精神保健福祉法入院の予測．日本心理臨床学会第33回大会発表論文集,595：2014.
- 4) 砥上恭子・壁屋康洋・西村大樹・高橋昇：共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究（18）～退院後・入院中の自殺企図の予測．司法精神医学会、那覇市、2014年5月17日
- 5) Steadman,H.J. & Coccozza,J.J. : *Creers of the criminally insane-Excessive Social Control of Deviance*. Lexington Books, Lexington, MA:1974.

卷末資料

共通評価項目第 3 版草稿

共通評価項目記録用紙 第 3 版草稿

医療観察法医療必要性の判断根拠や基準をより検証可能にし、また治療が始まった場合には多職種チームでの評価や、入院・通院・再入院・処遇の終了などの様々な局面で継続した評価を行うために、共通評価項目を設定する。この評価は疾病性や治療反応性を基礎とし、リスクアセスメントとそのマネジメントに注目して作成される。

共通評価項目は以下の19項目と個別項目とする。

なお、第2版から第3版への主な改訂点を枠囲みで示した。

共通評価項目

「疾病治療」

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

「セルフコントロール」

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

「治療影響要因」

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

「退院地環境」

- 17) コミュニティ要因
- 18) 現実的計画
- 19) 治療・ケアの継続性

評価項目の使用法

1. 本評価項目は、治療導入前から治療中、退院後のフォローアップを通じて定期的に評価し続けるものである。そのため、項目は全て可変(dynamic)なものとする。特に指定入院医療機関における評価はデータベースとして蓄積し、治療効果や予後についての研究に用いるため、当該評価時点での評価を継続的に残されたい。
2. 評価期間は、原則として3ヶ月とし、3ヶ月間の最も悪い状態を考慮して点数化する。生活能力など評価項目の多くは短期間で変化するものではないが、【精神病性症状】、【非精神病性症状】は数週間単位での変化が予想される。これらの項目についても3ヶ月間の最も悪い状態が点数化されるが、【自傷・自殺】、を合わせた計3項目に関しては最終観察日を記入し、その後の状態の推移を備考欄にテキストで記入する。鑑定時の評価についても入院後初回評価と同様で、対象行為の半年前から鑑定時までの観察期間中を評価期間として最も悪い状態が点数化されるが、薬物による酩酊など一過性の精神病状態があり、鑑定時に症状が消失していた場合には、その旨を鑑定での特記事項としてテキストで明記する。なお、医療観察法病棟入院中の対人暴力、性的暴力、自傷行為・自殺企図についてはそれぞれ診療支援システム内に記録を残す。
3. 評価項目を可変なものとするため、項目は主として現在の状態の評価となる。しかし将来のマネジメントプランを検討するため、マネジメントにつながる、近未来についての評価項目を含んだ。
4. 本評価は処遇の変化の判断にも用いられる。リスクアセスメントには本評価と併せ、過去の(不変の)要因も考慮に入れるべきであるが、通院移行後の問題行動等の予測力が認められた項目についてはそれぞれの項目の解説に付記するとともに、高いAUCが得られた項目の構成について以下に記す。

退院申請時点における【衝動コントロール】【衝動コントロール1)一貫性のない行動】【非精神病性症状3)怒り】【日常生活能力3)家事や料理】【物質乱用】【性的逸脱行動】【個人的支援】の合計得点

●通院移行後3年以内の問題行動(<放火><性的な暴力><身体的な暴力><非身体的な暴力><医療への不遵守><AI・物質関連問題>のいずれかの発生)の予測

AUC=.803

●2年間追跡できたサンプルでの問題行動の予測

AUC=.717

●通院移行後3年以内の暴力(<性的な暴力><身体的な暴力><非身体的な暴力>のいずれかの発生)の予測

AUC=.792

●2年間追跡できたサンプルでの暴力の予測

AUC=.771

7項目合計点と暴力発生率、問題行動発生率の関係の参考として、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日時点調査で2年間追跡できた115例の、上記7項目合計点ごとの問題行動発生件数、暴力発生件数をクロス集計表で示す¹⁾

¹⁾追跡調査は指定通院医療機関を通じて行っており、2年に満たない期間で処遇終了となった事例、再度の入院処遇となった事例は調査に含まれない。また通院移行後3年以内の問題行動ないし暴力の予測研究では、問題行動ないし暴力あり群は追跡期間が3年に満たない対象を含む一方、なし群は追跡期間が

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

5. 医療観察法医療においては他害行為のみならず対象者の自殺を防ぐことも求められる。通院移

行後の自殺企図、および指定入院医療機関入院初期に発生する自殺企図において高い AUC が得られた項目の構成について以下に記す。

①退院申請時点における【日常生活能力3) 家事や料理】の評点

●通院移行後3年以内の自殺企図の予測¹

AUC=0.792

②指定入院医療機関での入院時初回評価における【非精神病性症状4) 感情の平板化】【衝動コントロール1) 一貫性のない行動】【治療・ケアの継続性1) 治療同盟】の合計点

●指定入院医療機関入院から3週間～4ヶ月に生じる自殺企図の予測

AUC=0.760

3項目合計点と自殺企図発生率の関係の参考として、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日時点調査で収集できた538例の、上記3項目合計点ごとの自殺企図件数をクロス集計表で示す。

		入院時初回評価における【非精神病性症状4) 感情の平板化】 【衝動コントロール1) 一貫性のない行動】 【治療・ケアの継続性1) 治療同盟】の合計点							
		0点	1点	2点	3点	4点	5点	6点	合計
入院3週～4ヶ月の 院内自殺企図の有無	なし	73	58	106	115	114	41	31	538
	あり	0	0	0	3	4	0	3	10
	合計	73	58	106	118	118	41	34	548
発生率		0.00	0.00	0.00	0.03	0.03	0.00	0.09	0.02

以上の結果から、地域処遇への移行後の問題行動や暴力の予測には【衝動コントロール】【非精神病性症状3) 怒り】【日常生活能力3) 家事や料理】【物質乱用】【性的逸脱行動】【個人的支援】の合計得点を、地域処遇への移行後の自殺企図の予測には【日常生活能力3) 家事や料理】の評点を、指定入院医療機関での入院初期の自殺企図の予測には【非精神病性症状4) 感情の平板化】【衝動コントロール1) 一貫性のない行動】【治療・ケアの継続性1) 治療同盟】の合計点を参考にされたい。

3年に達した対象に限定しているため、AUCの算出としては利用できるが、暴力発生率はベースレートが高く示されてしまうため、ここには示さない。

¹通院移行後の自殺企図の予測に関しては、収集事例中自殺企図あり例は11例で、2年間の追跡できたサンプルに限ると既遂例2例を含む8例が解析から除外されることとなってしまうため、「2年間追跡できたサンプルでの予測」は行っていない。通院移行後3年以内の自殺企図の予測研究では、問題行動の予測研究と同様にベースレートが正しくないために、ここでは示さない。

6. 第2版から第3版への改訂にあたっては、一連の「共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究」において評定者間信頼性が十分でなかった項目、および収束妥当性の研究から明らかな問題が認められた項目（【コンプライアンス】）について評価基準を修正した。【治療・ケアの継続性】の中項目および同項目に含まれる小項目は、評定者間信頼性は十分であったが、通院移行後の問題事象について予測力がなかったこともあり、【治療・ケアの継続性2)予防】【治療・ケアの継続性5)クライシスプラン】の項目は修正を加え、【アドヒアランス】との関係で治療継続の体制の質を問うものとした。第2版まで存在した【対人暴力】の中項目は、暴力行為の履歴として以上の意味をなさなかったため、項目から削除し、診療支援システム内に履歴を残すこととした。【また因子分析結果に基づいて中項目の構成および大項目の構成を改めた。】

因子分析結果および予測力の評価に関しては「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」を参照されたい。

各項目についての解説とアンカーポイント

「疾病治療」

1. 精神病症状

解説

医療観察法の対象者は心神喪失または心神耗弱が前提となっているため、その多くに精神病症状の既往があると考えられる。統合失調症と暴力との関連については議論が分かれており、統合失調症が暴力のリスクファクターとなるという研究と、反対に精神病性障害とコントロール群との犯罪率が変わらないという研究、一度犯罪を起こした者の中では統合失調症は再犯リスクを下げるという研究がある（安藤,2003）。また症状では幻覚や妄想と暴力の関係を示す研究がある。特に命令性幻聴が暴力のリスクを増すとの報告がある。また Link & Stueve (1994) によると、脅かされる感じと自分をコントロールできないという感じにつながる精神病症状は地域での暴力を予測する。

本項目は評定者間信頼性(ICC=0.80)、GAF との相関による収束妥当性ともに認められている。

一方で退院後の問題行動や入院中の暴力などの予測力は認められていない。小項目の【6）誇大性】のみ通院移行後の精神保健福祉法入院を予測するという結果が得られている。本項目では精神病症状の有無と重症度を評価するが、リスクアセスメントと治療に関しては精神病症状から易刺激性や衝動性への影響を重視すべきである。

評価基準

現在の精神科症状の広がりや重症度を評価する。この項目は主として知覚、思考を評価する。下記項目がチェックされ、それぞれの項目を0（＝問題なし）、1、2の3段階で評価し、最も高得点を示した項目の点数がコードされる。全ての下位項目を検討することが重要であるが、1の評点が多くあっても全体の評点は1であり、2点が1つでもあれば全体の評点は2点となる。観察期間中の最も重篤な状態が評価される。また評定の根拠となった状態が最後に観察された日付を記録として残し、評価期間の3か月間に状態が変化した場合にも明示できるようにする。

- 1) 通常でない思考内容：普通でない、怪奇な、あるいは奇妙な考えを表明する。重要でないことに強度にこだわる。明らかに異質のものを、同質とみなす。これはおろかさや悪ふざけによるものを含まない。(BPRS15. 思考内容の異常に準ずる：通常では見られない、奇妙、奇怪な思考内容、すなわち思考狭窄、風変わりな確信や理論、妄想性の曲解、すべての妄想。この項では内容の非通常性についてのみ評価し、思考過程の解体の程度は評価しない。本面接中の非指示的部分および指示的部分で得られた通常では見られないような思考内容は、たとえ他の項（例、心氣的訴え、罪責感、誇大性、疑惑等）ですでに評価されていてもここで再び評価する。またここでは病的嫉妬、妊娠妄想、性的妄想、空想的妄想、破局妄想、影響妄想、思考吹入等の内容も評価する。特定の対象への被害感、暴力的空想は特に他害行為に関連の強いものとして重要視される。

1 = ごく軽度。思考狭窄もしくは通常では見られない信念。稀な強迫観念。

2 = 患者にとって相当に重大な意味を持つ奇怪な理論や確信。

- 2) 幻覚に基づく行動：通常の外刺激に基づかない知覚。これは通常独言や実在しない脅威に振り向いたり、明らかに間違った知覚をはっきりと述べたりすることで示される。せん妄による

幻覚もここで含む。(BPRS12. 幻覚に準ずる:外界からの刺激のない知覚。錯覚とは区別する。命令性の幻聴は特に他害行為との関連が強いものとして重要視する。

1 = 軽度。孤立した断片的幻覚体験 (光、自分の名前が呼ばれる)。

2 = やや高度。頻回の幻覚。患者がそれに反応し、洞察はない。

- 3) 概念の統合障害: 混乱した、弛緩した、途絶した思考。思考の流れを維持することができない。これはおろかさや悪ふざけによるものを含まない。(BPRS4. 思考解体に準じる: 思考形式の障害。主に観察にもとづいての評価。

1 = 多少の不明瞭、注意散漫、迂遠。

2 = 多少の無関係、連合弛緩、言語新作、途絶、筋道を失う。返答に理解困難なものもある。)

- 4) 精神病的なしぐさ: 例えば、常同性、衒奇性、しかめ面、明らかに不適切な笑い、会話、歌、あるいは、固定した動き。(BPRS7. 衒奇的な行動や姿勢に準じる: 風変わり、常同的、不適切、奇妙な行動および態度。

1 = 多少の風変わりな姿勢。時々小さな不必要で反復性の運動 (手を覗き込む、頭を掻くなど)。

2 = しかめ眉、常同的運動・たいていの間、粗大な常同的あるいは奇異な姿勢。)

- 5) 不適切な疑惑: 明らかに不適切でなければならない (例、食べ物に毒が入っている。エイリアンが考えを読む。あるいは皆が自分を捕まえようとやっきになっている。) いくつかの場合、患者の他害行為の性質や性格や身体的な障害のために、他の患者が自分を引っ掛けようとしていると表明されることがあるかもしれないが、この場合おそらく患者の疑惑は正しい。

(BPRS11. 疑惑に準じる。: 患者に対し他者からの悪意や妨害または差別待遇があるという確信。自意識の増加や軽度の疑惑から関係念慮や迫害妄想まで含める。ここには妄想気分も含める。

1 = 軽度。漠然とした関係念慮。自分のことを笑っている、些細なことで反対されているなどと疑う傾向。

2 = 活発で感情面の負担のある被害妄想。いくらかの体系化あるいは妄想気分を伴う。)

- 6) 誇大性: 誇張された自己主張、尊大さ、異常な力を持っているとの確信、常時自慢している、できないことをできると主張する。この主張には、過去と現在に関して真実でない主張や不可能な将来の計画が含まれる。(BPRS8. 誇大性に準じる: 過大な自己評価、優越感、異常な才能、重要性、力量、富、使命。

1 = 優越感、重要性、才能、能力があると感じる。自慢。特別扱いされることを望む。2 = 力量、超自然的能力、使命についての妄想的確信。)

評価: 0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らかな問題点あり

総合評価は下位評価の最も高い点数が採用される。

一過性の場合は最後に観察された日付 ()

2. 内省・洞察

解説

内省には病識と対象行為 (他害行為) の振り返りが含まれるが、それに加えて疾患と他害行為のつながりへの理解が含まれる。複合的な構成要素になるが、病識と他害行為への振り返りを別項目

とすると、疾患と他害行為のつながりを評価することができなくなるため、3者の全てを包含した単一項目とする。内省は自分のプロセスに対する理解であり、あるかないかの二分法で捉えきれない。統合失調症などの精神障害があるからといって内省が全く欠如していると考えるべきではなく、対象者自身がどのように理解をしているかが問われる。

本項目および4つの小項目は全て十分な評定者間信頼性が得られており、中項目【内省・洞察】と小項目【3）病識】はSAI-Jとの相関によって十分な収束妥当性が得られている。問題事象の予測力に関しては、小項目【2）対象行為以外の他害行為への内省】が通院移行後の問題行動、通院移行後の暴力を予測し、【4）対象行為の要因理解】が入院処遇中の暴力、通院移行後の暴力を予測することが明らかになった。また【4）対象行為の要因理解】は評定値が低い方が通院移行後に症状悪化による精神保健福祉法入院をしやすいくという特徴も明らかになっており、対象行為の要因理解ができていると、症状悪化時に対象者が危機を感知して入院しているとも考えられる。

評価基準

この項目は、対象者が自分で精神障害をもっていると感じているかどうかと、自分の精神障害の意味と責任に気づいているか、および、起こしてしまった他害行為に対する姿勢を評価する。行動面では以下のような項目がチェックされ、それぞれの項目を0（＝問題なし）、1、2の3段階で評価し、最も高得点を示した項目の点数がコードされる。疾病に対する内省と他害行為に対する内省の両方、ならびに他害行為と疾病との関係についての内省を含み、最も悪いポイントに従って評価する点に注意されたい。

- 1) 対象行為への内省：当該他害行為に対する責任を感じていない。自分が他人に強いたことに謝罪しようとしめない。表面的でも自分の行為を認め、自らの行為を悔いるような発言が認められる場合には1点以下とする。
- 2) 対象行為以外の他害行為・暴力行為（身体的暴力、性的暴力、放火、窃盗など）への内省：過去の暴力的な行為を無視したりおおめに見たりする。自分の暴力行為に注意を払わない。自分の暴力行為をたいしたことではないとみなす。他害行為・暴力行為を行ったことを否認する場合には2点とする。
- 3) 病識：自分の精神疾患を否認する。
- 4) 対象行為の要因の理解：対象行為と疾患との関係を認識しない。この両者の関連の内省のためには下位項目3で評価される病識と、下位項目1または2で評価される他害行為への内省が必要である。ただし精神疾患と他害行為との関連性が間接的である場合には、自分の他害行為の要因を理解しているかどうかを評価する。

評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題点あり

総合評価は下位評価の最も高い点数が採用される。

3. アドヒアランス

解説

本項目は第2版では「コンプライアンス」であり、評定者間信頼性は十分（ICC=0.66）であったが、DAI-30との相関による収束妥当性の検証において、DAI-30との相関が-0.07と極めて低く、妥当性が否定的であったために改訂を行った。同時に第2版での「コンプライアンス」が受

動的にでも治療を受け入れる態度を評価していたため、対象者の積極的な治療参加が評価できないという問題があった。そこで第3版から「コンプライアンス」ではなく「アドヒアランス」と改め、対象者の積極的な態度を評価することとした。地域処遇移行後および医療観察法処遇終了後の治療継続を考えたときには、対象者本人が受動的に治療を受け入れるのみならず、積極的に求めるというアドヒアランスが重要である。アドヒアランスを高めるためには医療者側因子、患者・医療者の相互関係が重要であり、対象者にとって実行可能な治療法を、医療者が対象者ととともに考え、相談の上決定していく必要がある。

評価基準

対象者が積極的に治療方針の決定に参加し、その決定に従って治療を受ける態度が認められる。これは服薬についても、心理社会的治療についても含めて評価する。

治療の必要性を感じながら葛藤や両価的態度がある場合、受動的にのみ治療を受け入れている場合、アドヒアランスが部分的な場合には1点とし、対象者が自ら治療の必要性を感じて積極的に治療に取り組んでいる場合を0点の評価とする。

評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題点あり

4. 共感性

解説

共感性の問題はサイコパシーを特徴づける重要な特徴の1つでもあり、他者への共感性の欠如は自分の行為が相手へ及ぼす感情の理解のできなさに通じ、罪責感形成を困難にする。

本項目は予測力の評価において、通院移行後の問題行動や暴力を予測しなかった一方、入院処遇中の暴力は予測した。しかしながら評定者間信頼性が十分でなかった($ICC=0.53$)。評定者間信頼性の低さは第2版の評価基準にあった「2点は特別な場合に限る」という条件のために評定が1点に集中していたことによる。そのため第3版では「2点は特別な場合に限る」という条件は外し、3段階での評価を行うこととした。

評価基準

この項目は基本的な対人関係における情性の欠如や他者への共感性の欠如、他者の感情を理解することができず、自分の行為が相手にどのような影響を及ぼすか理解できないといった点を評価する。

評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題点あり

5. 治療効果

解説

治療効果は薬物療法および心理社会的治療が奏功し得るあるいは般化されるかが評価の対象になる。ここでは治療抵抗性の統合失調症における薬剤への反応の乏しさ、知的障害による学習困難、広汎性発達障害による般化の困難などが問題として予想される。

本項目は通院移行後の問題行動、通院移行後の暴力に関して高い予測力が認められたが、評定者