

共通評価項目記録用紙（第3版）

患者氏名： 生年月日： 評価日：  
 担当者：Dr.：\_\_\_\_\_ Ns：\_\_\_\_\_ PSW：\_\_\_\_\_ OT：\_\_\_\_\_ CP：\_\_\_\_\_  
 社会復帰調整官：\_\_\_\_\_ その他：\_\_\_\_\_

評価項目	小項目評価点(0点・1点・2点・不明)	最終観察日 1), 6), 12) のみ	評価 0=問題なし 1=軽度の問題 2=明らかな問題点あり 不明
	情報/判断材料/備考		
疾病治療			
1) 精神病性症状	1 2 3 4 5 6	年 月 日	
2) 内省・洞察	1 ② 3 ④		
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	① ② ③ 4 ⑤	年 月 日	
7) 認知機能	① 2		
8) 日常生活能力	1 ② ③ 4 5		
9) 活動性・社会性	1 2 3 4 5 6		
⑩) 衝動コントロール	① ② ③ ④ ⑤		
⑪) ストレス			
12) 自傷・自殺		年 月 日	

評価項目	小項目評価点(0点・1点・2点・不明)	最終観察日 1), 6), 12) のみ	評価 0=問題なし 1=軽度の問題 2=明らかな問題点あり 不明
	情報/判断材料/備考		
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	1 2 3 4 5 6 7 8		
19) 治療・ケアの継続性	1 2 3 4 5		
個別項目			

※項目番号の○印は通院移行後の問題行動、暴力、自殺企図のいずれかの予測力の認められた項目

地域処遇への移行後の問題行動や暴力の予測変数  
 =【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】の合計点

点

地域処遇への移行後の自殺企図の予測変数  
 =【日常生活能力3)家事や料理】

点

リスクのシナリオ

	シナリオ1	シナリオ2	シナリオ3
性質： どんな種類の問題 (例えば暴力)が 起こるか？			
深刻さ： どのくらい深刻な 問題(例えば暴 力)が起こるか？			
頻度： どのくらい頻繁に 問題(例えば暴 力)が起こるか？			
切迫度： どのくらい切迫し ているか？			
蓋然性： 問題(例えば暴 力)が起こる可能 性はどのくらい か？			

治療・マネジメントプラン

	シナリオ1	シナリオ2	シナリオ3
<p>モニタリング：                      リスクの注意サインを                      どのようにしてモニタ                      リングするか？                      どんなことがあればリ                      スクを再評価しなけれ                      ばならないか？</p>			
<p>治療：                      介入すべき優先度の高                      い問題は何か？                      リスクファクターに対                      してどのような治療戦                      略がとられるか？</p>			
<p>マネジメント：                      リスクの防止のために                      持続的に必要な支援は                      何か？</p>			
<p>被害者の保護：                      被害者を保護するた                      めに必要なプランは？</p>			
<p>その他考慮すべきこと                      は？</p>			



## 健康危険情報

なし

## 研究発表

### a. 論文発表

○壁屋康洋：リスクアセスメントと共通評価項目の現在と未来（第10回日本司法精神医学会大会シンポジウム関連講演）. 司法精神医学,2015;10,20-29.

### b. 学会発表

○常包知秀、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（25）～入院から4ヶ月以内の院内暴力の予測. 国立病院機構総合医学会、札幌市、2015年10月3日.

○天野昌太郎、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（26）～初回入院継続後の院内暴力の予測. 国立病院機構総合医学会、札幌市、2015年10月3日.

○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（27）～入院継続後の院内暴力予測モデルの探索. 国立病院機構総合医学会、札幌市、2015年10月3日.

○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（28）～入院継続後3ヶ月間の院内暴力の予測. 国立病院機構総合医学会、札幌市、2015年10月3日.

○砥上恭子、壁屋康洋、高橋昇：共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究（29）～入院6ヶ月以降の院内自殺企図の予測. 日本心理臨床学会、神戸市、2015年9月19日.

○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（30）～院内自殺企図予測モデルの探索. 日本心

理臨床学会、神戸市、2015年9月19日.

○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（31）～入院から4ヶ月以内の院内自殺企図の予測. 日本心理臨床学会、神戸市、2015年9月19日.

○砥上恭子、壁屋康洋、高橋昇：共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究（33）～医療観察法病棟退院申請時のGAF評定による問題事象の予測. 司法精神医学会、名古屋市、2015年6月19日.

○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（34）～医療観察法病棟退院申請時のICF評定による精神保健福祉法入院・症状悪化による入院の予測. 司法精神医学会、名古屋市、2015年6月19日.

○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（36）～医療観察法退院申請時のICF評定による問題行動の予測.（共同発表：）. 司法精神医学会、名古屋市、2015年6月19日.

○高野真弘、壁屋康洋、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（39）～通院移行時の居住地による比較.. 司法精神医学会、名古屋市、2015年6月19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
壁屋康洋	リスクアセスメントと 共通評価項目の現在と 未来（第10回日本司法 精神医学会大会シンポ ジウム関連講演）.	司法精神医 学	10	22-29	2015年

# 研究成果の刊行物・別刷

# リスクアセスメントと共通評価項目の現在と未来

## The present and the future form of the Common Evaluation Items for Risk Management (CER-17)

壁屋康洋

Yasubiro Kabeya

**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), 予測妥当性 (predictive validity), リスクアセスメント (risk assessment)

### はじめに

医療観察法制度の10年間を振り返り、さらに「次世代の医療観察法 評価と改革」と題して学会のシンポジウムで議論する際、何をもって医療観察法制度 医療を評価するかが重要であり、改革を進める際にも基準となるもの、目的となるものが必要である。入院医療に関しては、入院処遇ガイドラインに定められた1年半という入院期間に対し、どの程度入院の長期化が生じているかという点は1つの基準になっている。筆者らは厚生労働科学研究「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」(研究代表者:壁屋康洋)において指定入院医療機関からデータを収集したが、そのなかで、2008年4月1日～2012年3月31日に入院決定を受けた対象者で、通院処遇へ移行した事例のみの在院日数は平均734.4日(最小167日～最大1,776日)であった。この結果は、無事に通院処遇に移行し

た事例だけに限っても全国平均がガイドラインの定めた1年半(547.5日)より約半年長いことを示している。このガイドラインの妥当性はどのようにして評価するのかという問題もあり、現状の全国平均である約2年が妥当で、ガイドラインに定められた1年半という入院期間が短すぎると考えることも可能だが、次に現状の2年間という入院期間の妥当性が問題になる。

医療観察法医療の評価を考える際、法の目的「その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進すること」(医療観察法第1条)は一つの基準となろう。再他害行為なく社会復帰という目的に沿って見た際、厚生労働科学研究永田班の調査では医療観察法再他害行為率は3年間の累積発生率で3.5%であった。再他害行為率が低いことをもって、医療が成功しているといつてよいであろうか。

海外のリスクアセスメント研究の転機となった研究にBaxtrom研究<sup>1)</sup>がある。これは1966年、危険性を根拠に強制入院させられていた966人の

本論は2014年5月16日に第10回司法精神医学会大会にて発表したのですが、当日の発表内容に統計解析の誤りがありましたことをご報告させていただき、心よりお詫び申し上げます。本論28ページに記載しておりますように、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の予測のAUCが誤っており、それぞれ正しくは①AUC=0.781、②AUC=0.741でした。謹んでお詫び申し上げます。

独立行政法人国立病院機構 榊原病院 (〒514-0047 三重県津市榊原町777)  
National Hospital Organization, Sakakibara Hospital

1881-0330/15/Y500/論文/JCOPY

患者が同時に退院となった際に追跡調査を行った研究である。4年間の追跡で2%が暴力犯罪を起こし、20%が軽微な犯罪に及んだ。臨床家の判断によって危険とされ、強制入院が続いていた対象者の80%は問題を起こさなかったことから、臨床家による再犯予測は当たらないとされ、Monahan<sup>2)</sup>によれば「精神科医や心理士による予測は3回に1回しか当たらない」といわれるようになった。

リスク予測の精度を議論する際には再他害行為を起こす群を正しく予測するという真陽性は重要だが、他害行為を起こさない群を正しく予測する、すなわち真陰性も必要である。再他害行為を行う群を誤って危険性を低く見積もること（偽陰性）だけでなく、再他害行為を行わない群に対して誤って危険性を高く見積もること（偽陽性）も下げる必要がある。Baxtrom 研究で明らかになったことは、それまで行われていた構造化されない臨床家の判断に偽陽性が多いということである。医療観察法医療の入院期間の適否を考えた場合にも、偽陽性による入院の長期化が生じていないか考慮すべきである。

海外のリスクアセスメント研究は、Baxtrom 研究によって構造化されない臨床家の判断が否定された後、再犯予測要因の調査へと進み、さらにリスクファクターの組み合わせによって暴力を予測するツール、すなわち保険数理的尺度（actuarial risk assessment）の開発へと進んだ。VRAG（Violence Risk Appraisal Guide）<sup>3)</sup>が代表的なものであるが、これに対し「尺度を開発した際の集団に最適化されており、他の集団には使えない」「予測ができてでも治療に役に立たない」といった批判からHCR-20<sup>4)</sup>等の構造化された臨床評価（empirical guided clinical judgment）によるツールの開発が進んだ。リスクアセスメントとしては構造化されない臨床評価を第1世代、保険数理的尺度を第2世代、構造化された臨床評価を第3世代という呼び方をし、現在では第1世代は否定され、第2世代と第3世代との間で議論が続いている。海外でのリスクアセスメント研究の流れを鑑みると、わが国の医療観察法医療はどの段階にいるのだろうか。

---

## 1. 共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究

---

現在、医療観察法医療では共通評価項目が共通の尺度として使用されているが、共通評価項目は医療観察法制度の開始直前に尺度を作って運用を開始したものであり、尺度の標準化がなされていない。共通評価項目の開発段階では他のリスクアセスメントツールを参考にしながら、リスクのみに力点をおくことを避け、治療のためのツールとすべく動的な要因のみで構成した。この背景もあり、共通評価項目は全体として何を測定しているのが不明確となってしまっている。結果として、わが国の医療観察法医療はエビデンスに基づかない医療、構造化されない臨床評価に基づいた司法精神科医療にとどまっている。わが国の司法精神医学の進化のために、共通評価項目を標準化することが求められている。

筆者らは2009年より厚生労働科学研究で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きた。これまでさまざまな角度から解析を行い、結果を公表してきた。これまでの研究の一覧を表1に示す。研究23以降は今後の発表を予定しているが、研究9は発表しないままになっている。これは退院申請時の共通評価項目の評定と退院時処遇との関連を調べたところ、処遇終了群が通院移行群のどの住居形態よりも共通評価項目の大半の項目の評定値が高く、尺度の妥当性というよりも処遇終了申請そのものの特徴を示すものとなってしまったため、発表は見送っている。

本論では表1の研究15以降の予測妥当性研究の結果の概要を示し、各項目の予測力を示すとともに、将来の何らかの問題事象の予測を目的とした共通評価項目の改訂案を示す。

---

## 2. 予測妥当性研究の結果—中項目

---

共通評価項目の17中項目の予測妥当性研究の結果一覧を表2に示す。表2に示した研究22（通院処遇への移行までの期間の予測）では、COX 比例ハザードモデルないし生存曲線の比較によって初回入院継続申請時の各項目の評定が通院処遇へ移

表 1 共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究一覧

研究番号	内容	掲載誌・発表	発表年
研究 1	評定者間信頼性	司法精神医学第 7 巻	2012
研究 2	記述統計	司法精神医学会 第 7 回大会	2011
研究 3	項目反応理論	司法精神医学会 第 7 回大会	2011
研究 4	因子分析	司法精神医学会 第 7 回大会	2011
研究 5	入院長期群と標準群の差	司法精神医学第 9 巻	2014
研究 6	GAF・ICF との相関（収束妥当性）	司法精神医学第 8 巻	2013
研究 7	退院後の精神保健福祉法入院・問題行動の有無による群間比較（予測妥当性）	司法精神医学第 9 巻	2014
研究 8	入院継続時共通評価項目による退院時処遇の予測（予測妥当性）	日本心理臨床学会 第 31 回大会	2012
研究 9	退院申請時の共通評価項目による退院時処遇との関連	未発表	
研究 10	BSI との相関による収束妥当性	司法精神医学会 第 9 回大会	2013
研究 11	SAI-J, DAI-30 との相関による収束妥当性	司法精神医学会 第 9 回大会	2013
研究 12	SECL との相関による収束妥当性	日本心理臨床学会 第 32 回大会	2013
研究 13	AUDIT, IQ, 生活満足度との相関による収束妥当性	日本心理臨床学会 第 32 回大会	2013
研究 14	これまでのレビュー	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） 総括研究報告書	2014
研究 15	精神保健福祉法入院の予測		
研究 16	症状悪化入院の予測		
研究 17	問題行動の予測		
研究 18	退院後の自傷・自殺企図の予測		
研究 19	退院後の暴力の予測		
研究 20	入院中の暴力の予測		
研究 21	入院中の自殺企図の予測		
研究 22	通院処遇への移行までの期間の予測		
研究 23	通院移行後の暴力予測モデルの探索		
研究 24	通院移行後の問題行動予測モデルの探索		
研究 25	入院から 4 か月以内の院内暴力の予測（中期予測）		
研究 26	初回入院継続後の院内暴力の予測（中期予測）		
研究 27	初回入院継続後の院内暴力の予測モデルの探索		
研究 28	入院継続後 3 か月間の院内暴力の予測モデルの探索（中期予測）		
研究 29	初回入院継続後の院内自殺企図の予測		
研究 30	院内自殺企図の予測モデルの探索		
研究 31	入院から 4 か月以内の院内自殺企図の予測モデルの探索		

行するまでの期間を予測するか検証した。その結果、【自殺企図】【個人的支援】【物質乱用】【現実的計画】の 4 項目を除いた 13 項目および 17 項目の合計点がそれぞれ高いと入院が長期化することが明らかになった。この結果は共通評価項目の上

記 13 項目に入院期間の予測力があることを示しているが、見方を変えると各指定入院医療機関が共通評価項目の評価に従って入院医療を進め、共通評価項目が改善しないと通院処遇へ移行させていないともいえる。

表2 10種の予測妥当性研究結果一覧 中項目

中項目	研究15 P法入院の 予測	研究16 症状悪化入 院の予測	研究17 問題行動の 予測	研究19 退院後の暴 力の予測	研究18 退院後の自 傷・自殺企図 の予測	研究20 入院時初回 評価 →院内暴力 の予測	研究26 初回入院継 続時評価 →6か月以降 の院内暴力 の予測	研究21 入院時初回 評価 →院内自殺 企図の予測	研究29 初回入院継 続時評価 →6か月以降 の院内自殺 企図の予測	研究22 通院処遇への移行まで の期間の予測
1. 精神病症状										0点の群, 1点の群<2 点の群
2. 非精神病性症状							ハザード比: 1.820	ハザード比: 1.988		0点の群<1点の群<2 点の群
3. 自殺企図								0点の群<1 点の群, 2点 の群		
4. 内省・洞察								ハザード比: 2.263		1点以下の群<2点の群
5. 生活能力								ハザード比: 3.122		0点の群, 1点の群<2 点の群
6. 衝動コントロール			0点の群<1 点の群<2点 の群	0点の群<1 点の群<2点 の群		ハザード比: 1.412	ハザード比: 2.111	ハザード比: 1.612		0点の群, 1点の群<2 点の群
7. 共感性										ハザード比: 0.685
8. 非社会性	0点の群<1 点以上の群		0点の群<1 点以上の群	0点の群<1 点以上の群		0点の群<2 点の群				ハザード比: 0.741
9. 対人暴力										0点の群<2点の群
10. 個人的支援			ハザード比: 1.672							
11. コミュニティ要因										1点以下の群<2点の群
12. ストレス			ハザード比: 1.666	1点の群<2 点の群				ハザード比: 2.706		1点以下の群<2点の群
13. 物質乱用			0点の群<2 点の群							群間差なし
14. 現実的計画										
15. コンプライアンス										0点の群, 1点の群<2 点の群
16. 治療効果			ハザード比: 1.759	ハザード比: 2.486						0点の群<1点以上の群
17. 治療・ケアの継続性										ログランク検定のみ 0点の群<1点以上の群
17項目合計			ハザード比: 1.057	ハザード比: 1.079			ハザード比: 1.107	ハザード比: 1.142		ハザード比: 0.921

表3 10種の予測妥当性研究結果一覧 【精神病症状】の小項目

精神病症状の小項目	研究15 P法入院の 予測	研究16 症状悪化入 院の予測	研究17 問題行動の 予測	研究19 退院後の暴 力の予測	研究18 退院後の自 傷・自殺企図 の予測	研究20 入院時初回 評価 →院内暴力 の予測	研究26 初回入院継 続時評価 →6か月以降 の院内暴力 の予測	研究21 入院時初回 評価 →院内自殺 企図の予測	研究29 初回入院継 続時評価 →6か月以降 の院内自殺 企図の予測	研究22 通院処遇への移行まで の期間の予測
1) 通常でない思考										0点の群, 1点の群<2 点の群
2) 幻覚に基づいた行動										0点の群, 1点の群<2 点の群
3) 概念の統合障害										0点の群<2点の群
4) 精神病的なしぐさ						0点の群<2 点の群				0点の群<1点の群, 2 点の群
5) 不適切な疑惑										0点の群<1点の群<2 点の群
6) 誇大性	0点の群<1 点以上の群									0点の群, 1点の群<2 点の群

表2中, 研究15～19は指定入院医療機関退院後, 指定通院医療機関で認められた精神保健福祉法入院や何らかの問題行動について, 退院申請時の共通評価項目の各項目の評定がどの程度予測するか, COX 比例ハザードモデルないし生存曲線の群間比較によって検証したものである。セルがブランクになっている箇所は5%水準で有意な予測力がなかった箇所である。研究15〈精神保健福祉法入院の予測〉から精神保健福祉法入院を予測する中項目は【非社会性】のみであり, 研究16〈症状悪化入院の予測〉から入院理由を症状悪化に限った精神保健福祉法入院はどの中項目も予測しなかった。

退院後の問題行動に対する予測妥当性を評価する際, 医療観察法再被害行為(6罪種による再申立て)に限ると, 各項目の予測力を統計的に解析するにはベースレートが低いため, 暴力・問題行動を広く設定し, ①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;  $N=$ あり群74 / 全数343), ②通院処遇移行後の何らかの暴力(〈性的な暴力〉〈身体的な暴力〉〈非身体的な暴力〉)のいずれか;  $N=46 / 343$ ), ③退院後の自傷・自殺企図( $N=11 / 343$ )のそれぞれに対して予測力の評価を行った。その結果表2にみられるように【衝動コントロール】【非社会性】【ストレス】【治療効果】および17項目合計点は退院後の問題行動と退院後の暴力を予測し, 【個人的支援】と【物質乱用】は退院後の問題行動を予測した。一方で退院後の自傷・自殺企図は, 自傷・自殺企図あり群が11人しかいなかったこともあり, どの中項目も予測しなかった。

入院中の暴力や自殺企図といった短期～中期の問題行動の予測力を評価するため①入院時初回評価による院内暴力の予測( $N=89 / 572$ ), ②初回入院継続時評価による入院6か月以降の院内暴力の予測( $N=47 / 514$ ), ③入院時初回評価による院内自殺企図の予測( $N=41 / 552$ ), ④初回入院継続時評価による6か月以降の院内自殺企図の予測( $N=20 / 512$ )をそれぞれ検証した。その結果, 表2のように【衝動コントロール】は入院時初回評価, 初回入院継続時評価いずれも院内暴力を予測し, 入院時初回評価で院内自殺企図を予測した。【非社会性】は入院時初回評価において院内暴力を予測

し, 【非精神病性症状】と17項目の合計点は初回入院継続時評価による入院6か月以降の院内暴力の予測と, 入院時初回評価による院内自殺企図の予測において予測力が示された。【自殺企図】【内省・洞察】【生活能力】【ストレス】は入院時初回評価において院内自殺企図を予測した。

こうして中項目のうち入院の長期化にかかわる項目は13項目あったが, 入院期間以外の何らかの問題事象を予測した項目は表2中, 項目名を斜体で示した10項目で, 逆に下線を付した7項目は入院期間以外の何も予測しなかった。共通評価項目を地域滞在日数, および暴力・自傷を含む将来の何らかの問題行動を予測するためのツールとして考えると, 入院期間以外何も予測しない【精神病症状】【共感性】【対人暴力】【コミュニティ要因】【現実的計画】【コンプライアンス】【治療・ケアの継続性】の7項目は不要な項目とみなされる。

### 3. 予測妥当性研究の結果—小項目

次に小項目の予測力をあげる。【精神病症状】の小項目の予測力の評価では, 表3のように6項目すべてが入院期間の長期化にかかわる一方, その他の問題事象の予測に関しては【4】精神病的なしぐさ【6】誇大性【1】通常でない思考【2】幻覚に基づいた行動【3】概念の統合障害【5】不適切な疑惑の4項目は入院期間以外の何も予測しない, すなわち幻覚・妄想・思路障害・被害感はいずれの問題事象も予測しないという結果になった。

【非精神病性症状】の小項目の予測力は, 表4のように【1】興奮・躁状態【3】怒り【2】不安・緊張【5】抑うつ【8】知的障害【7】解離【9】意識障害【4】は退院後の問題行動や暴力等を予測, 【6】罪悪感【1】通常でない思考【2】幻覚に基づいた行動【3】概念の統合障害【5】不適切な疑惑【8】知的障害【7】解離【9】意識障害【4】は退院後の暴力と院内自殺企図を予測, 【1】通常でない思考【2】幻覚に基づいた行動【3】概念の統合障害【5】不適切な疑惑【8】知的障害【7】解離【9】意識障害【4】は退院後の暴力と院内暴力を予測する等, 複数の小項目で予測力が認められた。一方で【6】罪悪感【7】解離【9】意識障害【4】は, いずれの項目も1点以上の評定の出現がまれなこともあり, 何も予測しないという結果になった。

【内省・洞察】の小項目の予測力は, 表5のように4つの小項目すべてが入院期間の長期化にか

表 4 10種の予測妥当性研究結果一覧【非精神病性症状】の小項目

非精神病性症状の小項目	研究 15 P法入院の 予測	研究 16 症状悪化入 院の予測	研究 17 問題行動の 予測	研究 19 退院後の暴 力の予測	研究 18 退院後の自 傷・自殺企図 の予測	研究 20 入院時初回 評価 →院内暴力 の予測	研究 26 初回入院継 続時評価 →6か月以降 の院内暴力 の予測	研究 21 入院時初回 評価 →院内自殺 企図の予測	研究 29 初回入院継 続時評価 →6か月以降 の院内自殺 企図の予測	研究 22 通院処遇への移行まで の期間の予測
1) 興奮・躁状態			0点の群<1 点以上の群	0点の群<1 点以上の群		0点の群<1 点の群、2点 の群				ハザード比：0.697
2) 不安・緊張					ハザード比： 1.839			ハザード比： 1.772	ハザード比： 1.943	0点の群、1点の群<2 点の群
3) 怒り	0点の群<1 点以上の群		0点の群<1 点以上の群	0点の群<1 点以上の群				ハザード比： 1.439		0点の群、1点の群<2 点の群
4) 感情の平板化								0点の群<1 点の群、2点 の群		
5) 抑うつ	0点の群<1 点以上の群				0点の群<1 点以上の群			0点の群<2 点の群		
6) 罪悪感										
7) 解離										
8) 知的障害				0点の群<1 点の群、2点 の群		0点の群<2 点の群	0点の群、1 点の群<2点 の群			
9) 意識障害										

表 5 10種の予測妥当性研究結果一覧【内省・洞察】の小項目

内省・洞察の小項目	研究 15 P法入院の 予測	研究 16 症状悪化入 院の予測	研究 17 問題行動の 予測	研究 19 退院後の暴 力の予測	研究 18 退院後の自 傷・自殺企図 の予測	研究 20 入院時初回 評価 →院内暴力 の予測	研究 26 初回入院継 続時評価 →6か月以降 の院内暴力 の予測	研究 21 入院時初回 評価 →院内自殺 企図の予測	研究 29 初回入院継 続時評価 →6か月以降 の院内自殺 企図の予測	研究 22 通院処遇への移行まで の期間の予測
1) 対象行為への内省										ハザード比：0.657
2) 対象行為以外の他害 行為への内省			0点の群<2 点の群	0点の群<2 点の群		ハザード比： 1.280				0点の群<1点の群、2 点の群
3) 病識										0点の群<1点の群<2 点の群
4) 対象行為の要因理解		ハザード比： 0.483		ハザード比： 1.564			ハザード比： 1.990			0点の群、1点の群<2 点の群

かわるが、【1】対象行為への内省】と【3】病識】はその他の問題事象の予測力は認められなかった。【2】対象行為以外の他害行為への内省】は退院後の問題行動や暴力、また入院中の暴力の予測にかかわった。【4】対象行為の要因理解】は退院後の暴力や入院中の暴力を予測する反面、【4】対象行為の要因理解】が低い、すなわち対象行為の要因が理解できているほうが症状悪化による精神保健福祉法入院をしやすいという傾向も認められた。

【生活能力】の小項目の予測力では、表6のように【3】金銭管理】と【4】家事や料理】は複数の問題事象の予測力があり、退院後の問題行動や暴力、精神保健福祉法入院を予測した。また【4】家

事や料理】は退院後の自傷・自殺企図にも予測力が認められた。これら日常生活技能に予測力が認められた一方で、【6】社会資源の利用】【7】コミュニケーション】【8】社会的引きこもり】【9】孤立】【10】活動性の低さ】といった対人交流、活動性にかかわる項目は、入院期間以外は何も予測しなかった。

【衝動コントロール】の小項目の予測力は、表7のようにすべての小項目が退院後の問題行動や暴力を予測し、【1】一貫性のない行動】は精神保健福祉法入院を、【2】待つことができない】は精神保健福祉法入院と症状悪化による入院を予測した。ここから衝動性の問題の重要性が明らかになった。

表 6 10種の予測妥当性研究結果一覧【生活能力】の小項目

生活能力の小項目	研究 15 P法入院の 予測	研究 16 症状悪化入 院の予測	研究 17 問題行動の 予測	研究 19 退院後の暴 力の予測	研究 18 退院後の自 傷・自殺企図 の予測	研究 20 入院時初回 評価 →院内暴力 の予測	研究 26 初回入院継 続時評価 →6か月以降 の院内暴力 の予測	研究 21 入院時初回 評価 →院内自殺 企図の予測	研究 29 初回入院継 続時評価 →6か月以降 の院内自殺 企図の予測	研究 22 通院処遇への移行まで の期間の予測
1) 生活リズム							0点の群, 1 点の群<2点 の群			0点の群<1点の群, 2 点の群
2) 整容と衛生										ハザード比: 0.682
3) 金銭管理	0点の群<1 点以上の群		0点の群, 1 点の群<2点 の群	0点の群<1 点の群<2点 の群			0点の群<2 点の群			0点の群<2点の群
4) 家事や料理	0点の群<1 点以上の群		0点の群<1 点以上の群	0点の群<1 点以上の群	0点の群<1 点以上の群					ハザード比: 0.775
5) 安全管理		0点の群<1 点以上の群					0点の群<2 点の群			ハザード比: 0.823
6) 社会資源の利用										ハザード比: 0.853
7) コミュニケーション										
8) 社会的引きこもり										ハザード比: 0.693
9) 孤立										ハザード比: 0.692
10) 活動性の低さ										ハザード比: 0.731
11) 生産的活動・役割				0点の群<1 点の群						ハザード比: 0.744
12) 過度の依存			0点の群<1 点以上の群	0点の群<1 点以上の群						ハザード比: 0.741
13) 余暇を有効に過ご せない							ハザード比: 1.315			ハザード比: 0.803
14) 施設への過剰適応								0点の群<1 点以上の群	0点の群<1 点以上の群	ハザード比: 0.624

表 7 10種の予測妥当性研究結果一覧【衝動コントロール】の小項目

衝動コントロールの 小項目	研究 15 P法入院の 予測	研究 16 症状悪化入 院の予測	研究 17 問題行動の 予測	研究 19 退院後の暴 力の予測	研究 18 退院後の自 傷・自殺企図 の予測	研究 20 入院時初回 評価 →院内暴力 の予測	研究 26 初回入院継 続時評価 →6か月以降 の院内暴力 の予測	研究 21 入院時初回 評価 →院内自殺 企図の予測	研究 29 初回入院継 続時評価 →6か月以降 の院内自殺 企図の予測	研究 22 通院処遇への移行まで の期間の予測
1) 一貫性のない行動	0点の群<1 点以上の群		0点の群<1 点以上の群	0点の群<1 点以上の群			0点の群<2 点の群	0点の群<1 点の群, 2点 の群		ハザード比: 0.733
2) 待つことができない	0点の群<1 点以上の群	0点の群<1 点以上の群	0点の群<1 点以上の群	0点の群<1 点以上の群						0点の群, 1点の群< 2点の群
3) 先の予測をしな			0点の群<1 点の群, 2点 の群	0点の群<1 点の群, 2点 の群			0点の群<1 点の群, 2点 の群			0点の群, 1点の群< 2点の群
4) そそのかされる			0点の群<1 点以上の群	0点の群<1 点以上の群						
5) 怒りの感情の行動化			0点の群<1 点以上の群	0点の群<1 点以上の群		0点の群, 1 点の群<2点 の群	0点の群<2 点の群			0点の群<2点の群

【非社会性】の小項目の予測妥当性研究の結果を表 8 に示す。表 8 中、退院後の問題事象に関する研究結果の箇所には  $p < 0.05$  と記している箇所は、COX 比例ハザードモデルで有意になったが、比例

ハザード性が確認できず、また各項目の評定 1 点以上の件数が少なく、群間比較を行えなかった箇所である。非社会性の小項目は出現頻度が低く、小項目ごとの解析が困難であったが、問題行動や

表 8 10種の予測妥当性研究結果一覧【非社会性】の小項目

非社会性的小項目	研究 15 P法入院の 予測	研究 16 症状悪化入 院の予測	研究 17 問題行動の 予測	研究 19 退院後の暴 力の予測	研究 18 退院後の自 傷・自殺企図 の予測	研究 20 入院時初回 評価 →院内暴力 の予測	研究 26 初回入院継 続時評価 →6か月以降 の院内暴力 の予測	研究 21 入院時初回 評価 →院内自殺 企図の予測	研究 29 初回入院継 続時評価 →6か月以降 の院内自殺 企図の予測	研究 22 通院処遇への移行まで の期間の予測
1) 侮辱的な言葉						0点の群<1 点以上の群				
2) 社会的規範の蔑視										
3) 犯罪志向的態度										
4) 特定の人を害す						0点の群<2 点の群				ハザード比：0.668
5) 他者を脅す	$p < 0.05$		$p < 0.05$	$p < 0.05$		0点の群<2 点の群				0点の群<1点の群、2 点の群
6) だます、嘘を言う	$p < 0.05$	$p < 0.05$	$p < 0.05$							ハザード比：0.734
7) 故意の器物破損	$p < 0.05$	$p < 0.05$	$p < 0.05$	$p < 0.05$		0点の群<2 点の群	0点の群<1 点以上の群			0点の群<2点の群
8) 犯罪的交友関係	$p < 0.05$	$p < 0.05$								
9) 性的逸脱行動				$p < 0.05$						ハザード比：0.627
10) 放火の兆し		$p < 0.05$								

表 9 10種の予測妥当性研究結果一覧【現実的計画】の小項目

現実的計画の小項目	研究 15 P法入院の 予測	研究 16 症状悪化入 院の予測	研究 17 問題行動の 予測	研究 19 退院後の暴 力の予測	研究 18 退院後の自 傷・自殺企図 の予測	研究 20 入院時初回 評価 →院内暴力 の予測	研究 26 初回入院継 続時評価 →6か月以降 の院内暴力 の予測	研究 21 入院時初回 評価 →院内自殺 企図の予測	研究 29 初回入院継 続時評価 →6か月以降 の院内自殺 企図の予測	研究 22 通院処遇への移行まで の期間の予測
1) 退院後の治療プランへの同意										1点以下の群<2点の群
2) 日中活動										
3) 居住										0点の群<2点の群
4) 生活費								ハザード比： 1.499		
5) 緊急時の対応										
6) 関係機関との連携・協力体制										
7) キーパーソン										
8) 地域への受け入れ体制										

表 10 10種の予測妥当性研究結果一覧【治療・ケアの継続性】の小項目

治療・ケアの継続性的小項目	研究 15 P法入院の 予測	研究 16 症状悪化入 院の予測	研究 17 問題行動の 予測	研究 19 退院後の暴 力の予測	研究 18 退院後の自 傷・自殺企図 の予測	研究 20 入院時初回 評価 →院内暴力 の予測	研究 26 初回入院継 続時評価 →6か月以降 の院内暴力 の予測	研究 21 入院時初回 評価 →院内自殺 企図の予測	研究 29 初回入院継 続時評価 →6か月以降 の院内自殺 企図の予測	研究 22 通院処遇への移行まで の期間の予測
1) 治療同盟								ハザード比： 1.909		0点の群<1点の群
2) 予防										
3) モニター										
4) セルフモニタリング										
5) 緊急時の対応										

暴力への影響は大きいと考えられた。

【現実的計画】の小項目の予測力は、表9のように【4）生活費】が院内自殺企図の予測にかかわったほかは問題事象への予測力は認められなかった。

【治療・ケアの継続性】の小項目の予測力は表10のように【1）治療同盟】が院内自殺企図の予測にかかわったほかには問題事象の予測力は認められなかった。前回の予測妥当性の研究<sup>9)</sup>で問題行動の有無で群間差が認められた【4）セルフモニタリング】も今回の調査では何も予測しなかった。

#### 4. ROC 曲線下面積 (AUC) を用いた予測モデルの探索

前項までに共通評価項目の17の中項目および61の小項目について、入院中あるいは退院後の問題事象の予測力を評価した。この結果をふまえ、ROC 曲線下面積 (AUC) が高くなる項目の構成を探索し、共通評価項目の改訂案につなげる。

通院移行後3年以内の暴力の予測<sup>6)</sup>に関し、17中項目の合計点では AUC=0.673 である。AUC による予測力の評価では、AUC > 0.70 が一つの目安とされているため、17中項目の合計点の予測力は一定程度あるもののやや低い水準である。一方で【衝動コントロール】【非精神病性症状3）怒り】【生活能力4）家事や料理】【非社会性9）性的逸脱行動】【物質乱用】【個人的支援】の6項目の合計は、通院移行後3年以内の暴力の予測力<sup>7)</sup>は AUC=0.781<sup>\*1)</sup>と高い値が得られた。この6項目の構成は、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を予測の対象とし、前項までに記した予測力のある項目のロジスティック回帰分析などで抽出された項目である<sup>7)</sup>。この6項目合計によって前記4つの事象に対し、① AUC=0.781<sup>\*1)</sup>、② AUC=0.741<sup>\*1)</sup>、③ AUC=0.803、④ AUC=0.695 と予測力が得られた。【個人的支援】の評定者間信頼性が ICC=0.58 と少し低い<sup>8)</sup>が、この6項目を評定して合計すれば退院後の自傷を除く問題行動や暴力の予測ができる。

次に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<sup>9)</sup>、【衝動コントロール】【非

精神病症状3）怒り】【生活能力4）家事や料理】【物質乱用】【非社会性9）性的逸脱行動】【個人的支援】の合計得点を用いることで、通院移行後3年以内の精神保健福祉法入院の予測では AUC=0.701 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=0.501、通院移行後3年以内の症状悪化による入院の予測では AUC=0.537 と低い値になった。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は AUC=0.309 と、上記6項目の合計点が低いほうが症状悪化による入院をするという結果になった。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=0.792 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人、自殺企図があった群は11人とNは少ないが、自殺企図のなかった群では37人中30人が退院申請時の【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人中9人が【生活能力4）家事や料理】=1点で、Nは少ないが【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人中11人ということではない。

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 AUC=0.640、②入院時初回評価による入院3週～4か月の院内暴力の予測で AUC=0.671 が最も高い値であり、入院時初回評価は院内暴力の予測に適さないと考えられた。初回入院継続時評価を用いて、①6か月以降の院内暴力、②入院6か月～9か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=0.732、② AUC=0.777 と高い予測力が得

られた。入院時初回評価が「対象行為の半年前から評価時まで」という長期間を評価の対象としていることが影響していると考えられ、入院時初回評価の「対象行為の半年前から評価時まで」という評価期間の特別ルールは廃止すべきと考えられた。

指定入院医療機関入院中の自殺企図の予測では、入院初期に自殺企図が多く、入院時初回評価での【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項目合計による院内自殺企図の予測で AUC=0.699、入院時初回評価での【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項目合計による4か月以内の院内自殺企図の予測で AUC=0.760 と十分な値が得られた。反面、初回入院継続時の評価による予測は【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=0.673 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<sup>9)</sup>、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。

## 5. 結語—共通評価項目改訂案

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項目を共通評価項目第3版案とし、【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】6項目で退院後の問題行動・暴力を予測、【生活能力4) 家事や料理】で退院後の自殺企図を予測、【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を予測することが提案できる。評価期間は3か月間とし、「入院時初回は対象行為6か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となる。改訂案については今後研究会議等を通じ、検討を重ねていく。問題事象の予測力に沿った共通評価項目へ改訂することで、入院治療の構造化・効率化・均霑化が図れると考えられる。

注釈 \* 1 2014年5月16日の第10回日本司法精神医学会大会においては、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の予測のAUCをそれぞれ①AUC=0.799、②AUC=0.766とお伝えしておりましたが、解析途中で誤りがあり、正しくは①AUC=0.781、②AUC=0.741でした。謹んでお詫び申し上げます。

- 文献
- 1) Steadman HJ, Cocozza JJ : Creers of the Criminally Insane-Excessive Social Control of Deviance. Lexington Books, Lexington, MA., 1974
  - 2) Monahan J : Predicting Violent Behavior-An Assessment of Clinical Techniques. Sage Publications, Bervely Hills, CA., 1981
  - 3) Quinsey VL, Harris GT, Rice ME, et al. Violent Offenders: Appraising and Managing Risk second edition. American Psychological Association, Washington DC., 2006
  - 4) Webster CD, Douglas KS, Eaves D, et al (1997) 一吉川和男 (監訳). HCR-20. 星和書店, 東京, 2007
  - 5) 西村大樹, 壁屋康洋, 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 (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 9 (1) : 22-29, 2014
  - 6) 高橋 昇, 壁屋康洋, 西村大樹ほか: 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. 司法精神医学会, 那覇市, 2014年5月17日
  - 7) 西村大樹, 壁屋康洋, 高橋 昇ほか: 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. 司法精神医学会, 那覇市, 2014年5月17日
  - 8) 高橋 昇, 壁屋康洋, 西村大樹ほか: 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.
  - 9) 壁屋康洋, 西村大樹, 高橋 昇ほか: 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, 横浜市, 2014年8月26日

