

よる支援および有害な影響のどちらもない場合、あるいは有害な影響とサポートティブな影響との差がない場合に1点の評定とする。

この項目は退院先のコミュニティを評価するが、退院先が未定の場合は2点とする。退院先の候補が複数あるときは、第一候補地についての評価を評定として記入し、第二候補地以降については情報/判断材料/備考欄に評点したものを記入する。

評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題点あり

12. ストレス

解説

ストレスは対象者のストレス特異性、耐性、対応能力によって、どんなストレスラーがどの程度のストレスを引き起こすか異なってくる。対象者のストレス耐性を評価するとともに、ストレスの受けやすさも大きな要因である。対象者が自分のストレス耐性を把握し、回避などの行動を取れるのか、逆に自らストレスラーに近づくような行動をとるのか。ストレスが高いときには病状も悪化しやすく、また他害行為も生じやすいため、対象者がどのようなものをストレスと感じるか評価することから介入計画の策定へとつなげる。

評価基準

ストレスの大きさはストレスラー、および対象者のストレス対処能力・ストレス耐性（ストレス脆弱性）の両者のバランスによって決定される。ストレス耐性が平均的であっても、家族との葛藤など大きなストレスラーが明らかであれば、強いストレスにさらされやすくなり、2点の評点になる。反対に大きなストレスラーがなくとも、ストレス脆弱性が明らかで、日常的なストレスラーで対処できなくなる場合も、対象者は強いストレスを体験するため2点の評点になる。大きなストレスラーの存在、およびストレス脆弱性のどちらも認められないときに0点の評点となり、大きなストレスラーの存在、あるいはストレス脆弱性が疑われたときに1点の評点となる。

評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題点あり

13. 物質乱用

解説

物質乱用は暴力のリスクファクターとしては大きなものであり、統計的には精神病性症状よりもはるかに暴力のリスクを高める。山上ら（1995）による追跡調査でもアルコール・薬物乱用者の再犯率は抜きん出て高い。また精神疾患との重複診断があるときに暴力リスクを高める要因でもあり、統合失調症においても気分障害においても、物質乱用と重複することで暴力犯罪のリスクが高まる（Hodgins,1999）。

物質乱用のある場合、他害行為は乱用時にも起こりうるが、使用していなくとも薬物やそのための金銭の入手のために他害行為が行われる場合がある。

評価基準

物質乱用は入院などの強制的な環境下と社会復帰後の生活では異なるので、主には行動制限が減じる中で評価をすべき事項である。

この項目は、物質乱用歴の重篤度、犯罪との関連、物質乱用に対する内省の深まりで評価される。物質乱用の既往がなければ0点、既往があれば1点以上の評定となる。物質依存の既往がありながら否認があれば2点となる。毎日大量に飲酒している¹²、あるいはブラックアウトしての問題行動が繰り返されているということであれば乱用と判断して1点以上の評価。飲酒量では、1日あたりビールなら中ビン5本以上、焼酎なら3合以上、日本酒なら5合以上が乱用の目安となる。

評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題点あり

1.4. 現実的計画

解説

特に対象者の社会復帰に当たっては、現実的なフォローアッププランが存在し、対象者がそれを受け入れることが不可欠である。地域での生活を維持していくために方針が定まらず、フォローアップの体制が整っていなければリスクは高くなり、逆に対象者の再発やそれに伴う行為のリスクを低減させる現実的なプランが整えられ、かつ合意され遂行されることで対象者の地域での生活が保たれるであろう。また、いかに優れたプランがスタッフによって作られても、対象者の合意がなければプランの遂行ができず、プランは破綻する。そのため対象者の同意が含まれることも重要な要因である。

評価基準

対象者の計画性や現実的判断能力を評価するのではなく、実際に実現可能な計画があるかを評価する。退院後の計画、地域での生活を維持するための計画が対象者本人と公的な治療者や援助者によって作成され、これらの計画が現実的で実行可能であるか、対象者の再発やそれに伴う行為を予防することに沿っているか、計画が対象者や援助者に理解され受け入れられているか、そのための体制（人的、財政的など）は整っているか等を検討する。

「適切、安全、対象者の自己決定を尊重した現実的計画」は対象者の自己に関する評価、欲動のコントロールを基礎として、治療者との合意のもとでの退院計画の具体性を評価する。治療者は対象者の社会復帰した後の状況を視野に置き、対象者にわかりやすい計画を提示し、その上で対象者の理解に基づく同意を得ることをめざす。

鑑定など治療の始まっていない段階では、対象者本人の計画を尋ね、その実現可能性を判断して、以下のような項目を評価する。

- 1) 退院後の治療プランについて対象者から十分に同意を得ているか、そして必要なときに変更できるかについても同意されているかどうか
- 2) 日中の活動、過ごし方（仕事、娯楽など）について計画され、対象者自身がそのことを望んでいるかどうか
- 3) 住居について確保され、対象者が生活する場となりうるかどうか（かかわりをもつ可能性のある人物の質も評価する）

¹² アルコールの乱用水準の評価に関し、研修会での質問が多かったため、研修会で説明していた内容を評価基準の解説に加えました。

- 4) 生活費などの経済的問題がないかどうか
- 5) 緊急時の対応について確保されているかどうか
- 6) 対象者に関わる各関係機関との連携・協力体制が退院前より十分に機能しているかどうか
- 7) 退院後に対象者にとってキーパーソンとなる人がいるかどうか、また協力的な関わりを継続して行ってくれるかどうか
- 8) 地域への受け入れ体制、姿勢が十分であるかどうか

評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題点あり

「治療的要素」

15. コンプライアンス

解説

治療可能性という用語が広まりつつあるが、実際的には治療可能性は相対的な概念で、判断の主体によって大きく変わりやすい。治療可能性の概念は下位概念へと分割して判断する方が望ましい。治療反応性は、治療可能性を含んだ概念で、治療へのモチベーションと準備性、治療コンプライアンスと参加、治療の効果、治療効果の般化の4段階に分割できる(Webster, et als.,2001)。この項目では前半の2段階、治療へのモチベーションと準備性、ならびに治療コンプライアンスと参加との両者を評価する。すなわち治療への意欲があり、かつ同意して治療を進めていけるかがここでの判断となる。

コンプライアンスは内省と密接に結びついており、一定の内省を持った上で治療を受け入れ、進めていくことである。コンプライアンスは治療の継続性につながるため、治療計画はコンプライアンスを高めるように進められる必要がある。

評価基準

この項目では治療へのモチベーションとコンプライアンスを評価する。要素的には以下のような項目にそって検討される。問題を感じて自ら治療を求めているか、治療へ積極的に取り組むか、モチベーションと治療への取り組みは一貫しているか。また仮に言葉で治療を求めているも、治療課題になかなか取り組まない、治療関係を力でコントロールしようとする、意識的に治療効果を打ち消すことをする等の行動があれば、コンプライアンスには軽度ないしはそれ以上の問題があると評価される。

鑑定など治療開始前の評価時には、病識および自ら治療を求める態度が参考にされ、これらがなければ2点と評定する。

評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題点あり

16. 治療効果

解説

コンプライアンスの項目で述べた治療反応性の後半2段階、治療の効果とその般化がここで評価される。これはコンプライアンスが、対象者の意思を評価するのに対し、治療効果は薬剤が十分に反応するか、心理的アプローチが学習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。治療効果の予測は治療の導入時点で特に問題となり、治療効果が望めないとなれば、治療適合性が失われる。

評価基準

この項目は、治療抵抗性のうち治療効果（治療で得られるものと治療の般化）を評価する。要素的には下記項目にそって検討される。治療遂行評価—プログラム内容の知識、スキルの獲得、開示、対象者の信頼、知識の適用、スキルの適用、犯罪性の理解、モチベーション、内省、出席、破壊的なこと、適切に利用できること、感情的理解の深さ。治療進行中には以上のような項目が検討されるが、それらに加え治療効果は未来の予測を含むため、治療中の評価および鑑定時など治療開始前の評価に際し、一般精神科診断に基づく治療効果とその般化についての予測が適用される。

評価：0＝治療効果が望める、1＝治療効果への問題が予想されるが、一定の治療効果は期待される、
2＝治療効果は望めない

17. 治療・ケアの継続性

解説

治療やケアの継続性に関する事項である。コンプライアンスの項目で現在のモチベーションとコンプライアンスを評価するのに対し、ここでは将来の予想を含む。つまり現在のモチベーションとコンプライアンスが維持されるか、また治療が中断に至るような危険因子はないか。医療機関へのアクセスの悪さや対象者が治療効果を感じられないことなどは治療・ケアの継続性を低下させる。

評価基準

この項目では治療を継続させるための評価を行う。下記項目が考慮され、また院内処遇の失敗や意図的な離院や外出、外泊の失敗もこの項目で評価される。

- 1) 治療同盟—治療同盟を築き、積極的に患者を治療プロセスに導入する
- 2) 予防—コンプライアンスを阻止あるいは邪魔する可能性のあるものを査定し、プランを立てる（治療を継続することを阻害し得るものを、それが起こる前に同定し、その阻害要因に打ち勝つ戦略を形成する）
- 3) モニター—治療継続を行えるように治療者は、関係機関と情報を共有し、モニターの戦略を立てる
- 4) 対象者がセルフモニタリングについて自覚し、そのことに関して周囲の助言をきくことができるか
- 5) 対象者の症状悪化、もしくは不安要因はどういったことなのかを治療者と十分話し合い、緊急時の対応が合意されている

なお、治療開始時の初期評価の段階では2点とするが、治療の継続性に関して既に明らかな情報は、今後の参考となるため備考欄に明記する。

評価：0＝問題なし、1＝軽度の問題、2＝明らかな問題点あり

個別項目

この項目は、共通評価項目以外の対象者の社会復帰と治療及びケアにとって必要な固有な項目を挙げる。また対象者の他害行為に関連して疾病として治療や介入を要する要因を、ひろく生物学的、心理学的、社会的に検討し、最も重要と思われる事項を3項目選択する。選択項目は大きく分けると、第1にリスクアセスメントとリスクマネジメント（何によって阻止できるか）を考慮して決定される。第2に治療及びケアにとって重要とされる項目を選択する。慢性的な管理を要する身体合併症はここに含める。第3に社会復帰にとって重要な意味を持つ項目を選択する。暴力リスクのある場合は暴力リスクの性質の検討がまずなされる。暴力リスクは多様な側面を持った構成概念であることを踏まえて検討する。

個別項目¹³には特定の対象への被害妄想、命令性の幻聴など、17項目の下位項目に含まれるものであっても、自傷他害のリスクに密接につながるものであれば個別項目として挙げる。ただし自殺企図、アルコール乱用など17項目の中にほぼ同義のものが含まれるような項目は個別項目として扱うことをしない。嗜癖的な放火や性暴力は個別項目で扱う。

個別項目は他の項目と同様に変化し得る要因である。個別項目として挙げた項目は処遇終了まで削除することなく評価を続けることが必須となる。

¹³個別項目としてあげる内容の例について、研修会で質問が多かったため、解説に加えしました。

個別項目は削除せずに評価し続けるという解説文も、研修会では口頭で伝えていたものを解説に加えたものです。

共通評価項目から治療計画への架け橋 対象者の自傷他害のリスクのシナリオを作る

共通評価項目17項目+個別項目の評定から治療計画の策定に至る架け橋として、対象者の自傷他害のリスクのシナリオと、そのシナリオに対する治療・マネジメントプランを作成する。共通評価項目は対象者の社会復帰に関わる要因を評価するが、シナリオとそのマネジメントプランの作成に当たっては、最も避けるべき事態である自傷あるいは他害行為に特化したシナリオを作り、コンプライアンスの不良や病状の悪化などの要因は、自傷あるいは他害のシナリオの中で、シナリオに関連する要因として挙げられる。自傷他害のリスクのシナリオ1, 2, 3 (あるいはそれ以上) のそれぞれに対するマネジメントプランを作成し、最悪の事態を防ぐための方策を描く。最終的には対象者に対する治療計画を作成して治療に取り掛かるわけであるが、治療計画は共通評価項目に含まない要因も全て加味して策定される。

1. 自傷他害のリスクのシナリオの作成

上述のようにシナリオは最も避けるべき事態である自傷あるいは他害行為に特化する。リスクは対象者の病状、行動や環境などの文脈に依存するが、これらの文脈を考慮に入れたシナリオを、以下の手順で描く。シナリオの作成には、17項目+個別項目の社会復帰要因の関連を描くという意味が含まれ、最悪の事態をいかにして防ぐかという治療・マネジメントプランへとつながる。シナリオと治療・マネジメントプランの作成は、治療期に関わらず全期間を予想して作成し、治療の進展に伴ってシナリオの変化が予想された時に変更することが望ましい。

シナリオ作成の手順

- 1) 性質：どんな種類の問題（例えば暴力）が起こるか？
どのような状況、条件下で起こるかも併せて記入する。
- 2) 深刻さ：どのくらい深刻な問題（例えば暴力）が起こるか？
- 3) 頻度：どのくらい頻繁に問題（例えば暴力）が起こるか？
- 4) 切迫度：どのくらい切迫しているか？
- 5) 蓋然性：問題（例えば暴力）が起こる可能性はどのくらいか？

2. リスクの治療・マネジメントプランの作成

ここで作成される治療・マネジメントプランは、先に作成したシナリオに対応したプランである。すなわち、シナリオ1を防ぐためのプランが治療・マネジメントプラン1、シナリオ2を防ぐためのプランが治療・マネジメントプラン2、となる。シナリオの作成が治療期に関わらず全期間を予想してなされるため、治療・マネジメントプランの作成も同様に治療期に関わらず全期間を予想してなされ、治療の進展に伴って治療・マネジメントプランの変化が生じた時に変更することが望ましい。治療・マネジメントプランは以下の手順で作成される。

治療・マネジメントプラン作成の手順

- 1) 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？
- 2) 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？

- 3) 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？
- 4) 被害者の保護：被害者を保護するために必要なプランは？
- 5) その他考慮すべきことは？

3. 治療計画の作成

共通評価項目は①17項目＋個別項目の評価、②シナリオの作成、③治療・マネジメントプランの作成までを含み、実際の治療計画の作成は共通評価項目には含まない。しかし実際の医療観察法に基づく医療では、共通評価項目の評価の後に治療計画の作成が続くことが予想されるため、共通評価項目と治療計画との関係について述べる。

共通評価項目で作成するシナリオや治療・マネジメントプランは、17項目＋個別項目の評価に続いてなされる一連の作業であり、17項目＋個別項目の評価に基づいてシナリオと治療・マネジメントプランが作成される。しかし実際の治療計画は共通評価項目以外の要因、例えば対象者本人のニーズなどを含めて作成される。すなわち共通評価項目での治療・マネジメントプランが自傷や他害のリスクに特化して作成されるのに対し、実際の治療計画はさらに広い要素を考慮し、なおかつどの職種が担当するかという役割分担も含めて作成される。また共通評価項目の治療・マネジメントプランが全期間を予想して作成されるのに対し、治療計画は次回の治療計画までの期間に限定して立てられる。以上のように、実際に多職種チームが取り組む治療計画は共通評価項目の治療・マネジメントプランを参考にして立てられるが、直結するものではなく、内容はより包括的、期間はより限定的なものとなるであろう。

第2章 共通評価項目第2版の研究結果と第3版への改訂

はじめに

前章に共通評価項目初版の成立過程、初版から第2版への改訂のプロセスについて記した。2009年に始まる共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究では、第2版の各中項目ならびに小項目に関し、項目ごとに信頼性と妥当性の検証を重ねてきた。これまでの研究の一覧を表1に示す。

研究結果の詳細は総括研究報告書¹⁾に示すが、これまでの研究結果^{1)~17)}から共通評価項目第2版の各項目は以下のように分類することができる。

- ①A) 評定者間信頼性が十分な項目と、
B) アンカーポイントや出現頻度の問題から評定者間信頼性が低い項目。
- ②A) 基準関連妥当性ないし収束妥当性を調べることができ、妥当性の傍証が得られた項目と、
B) 調べることができた結果、妥当性に疑問のある項目、
C) 妥当性の指標として適切な尺度がなくて調べられなかった項目。
- ③A) 17項目合計点との相関が高い項目と、
B) 尺度全体の内的整合性を下げる項目、
即ち17項目合計点と連動しない項目。
- ④A) 入院中や通院移行後の暴力や自殺企図などの問題行動を予測する項目と、
B) 問題事象を何も予測しない項目。

第3版への改訂に当たっての議論は昨年²⁾の総括研究報告書²⁾に記したが、①B) 評定者間信頼性の低い項目、および②B) 妥当性に疑問の生じた項目は改訂することとした。一方で、③B) 尺度全体の内的整合性を下げる項目については、医療観察法の目的自体が再他害行為防止に絞られていないため、共通評価項目も他害リスクの評価だけに絞ることができないと理由から、留保することとした。同様に

④B) 入院中や通院移行後の問題事象を何も予測しない項目も留保し、②C) 妥当性の指標として適切な尺度がなくて調べられなかった項目も留保した。

次項において、中項目ごとにこれまでの研究結果を抜粋し、第3版への改訂について記す。

1) 精神病症状

【精神病症状】は表2のように中項目及び全ての小項目が十分な評定者間信頼性を示した。収束妥当性としては、症状評価との相関は調べられていないが、GAFとの相関は十分であった。

表1中、予測力の研究結果の空欄になっている箇所は、COX比例ハザードモデルによる解析において5%水準で有意とならなかった箇所である。問題事象の予測力に関しては、中項目および全ての小項目が入院の長期化に関わる一方で、【6) 誇大性】が通院移行後の精神保健福祉法入院の予測に関わり、【4) 精神病的なしぐさ】が院内暴力の予測に関わった以外は何も予測しなかった。

ここから本項目は症状の重篤度の評価として一定の妥当性が得られ、治療の進展の指標として使われている一方、将来の問題事象の予測としては必ずしも適切ではないとも考えられるが、前記の改訂方針通り、評定者間信頼性や収束妥当性に明らかな問題がないため、第3版では小項目の構成も含めて第2版から継続する

2) 非精神病性症状

表3のように、【非精神病性症状】中項目の評定者間信頼性は十分であるが、小項目は3項目を除いて評定者間信頼性が不十分で、【9) 意識障害】に至っては該当事例数が少

なかったこともあり 0.1 にも満たなかった
収束妥当性の観点では、【1）興奮・躁状態】
【2）不安・緊張】【3）怒り】【4）感情の
平板化】の各項目及び中項目との GAF との
相関、BSI【社会的リスクアセスメント】と
【1）興奮・躁状態】【3）怒り】との相関、
BSI【コミュニケーションとソーシャルスキル】
と【4）感情の平板化】との相関は妥当
性として肯定的な結果と言える。【8）知的障
害】と IQ との -0.76 という強い相関は併存的
妥当性が示されたと言える。一方で他の小項
目は妥当性の指標は得られていない。

表 4 より、予測妥当性に関しては中項目【非
精神病性症状】が院内暴力・院内自殺企図の
予測に関わり、小項目は【1）興奮・躁状態】
【3）怒り】は退院後の問題行動や暴力等を
予測、【2）不安・緊張】が退院後の暴力と院
内自殺企図を予測、【5）抑うつ】は精神保健
福祉法入院と退院後の自殺企図を予測、【8）
知的障害】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】は、いずれの項目も 1 点以上の評定の
出現が稀なこともあり、何も予測しなかった。

これらの結果を受け、第 3 版への改訂にお
いては、出現頻度が非常に低く、評定者間信
頼性が低いとともに妥当性の指標としても有
効なものが得られていない【6）罪悪感】【7）
解離】【9）意識障害】は削除した。評定者間
信頼性が十分でないが、通院移行後の暴力や
自殺企図の予測力が示されている【1）興奮・
躁状態】【2）不安・緊張】【5）抑うつ】の
3 項目はアンカーポイントの修正を行った。

【8）知的障害】は通院移行後の暴力や院
内暴力の予測力も認められている重要な要素
である一方で、治療経過を通じて変化しにく
い性質のものであり、第 3 版では新たな中項
目【認知機能】に分類した。

3) 自殺企図

表 5 のように【自殺企図】の項目は評定者
間信頼性が 0.53 と、十分とされる 0.6 にやや
不足した。収束妥当性については検証できて
いない。項目反応理論による分析では識別力
が極端に低く、また【自殺企図】項目によ
って 17 項目全体の内的整合性を下げている。

表 6 より【自殺企図】の項目の予測妥当性
では、院内自殺企図の予測には関わったが、
退院後の自傷・自殺企図の予測にはつながら
なかった。

第 3 版への改訂においては、共通評価項目
をリスク評価に絞ることはできないとし、尺
度としての内的整合性は重視しないこととし
たため、【自殺企図】が内的整合性を下げる事
は問題視しないこととして項目は保持した。
しかし評定者間信頼性が十分でなかったこと
から、アンカーポイントを修正した。さらに、
初版、第 2 版と引き継がれた「自傷行為は希
死念慮を伴っているときにのみ 1 点以上の評
価とし、希死念慮の伴わない場合には 0 点と
する」という評価基準は、希死念慮の伴わな
い自殺類似行為、あるいは致命的でない方法
による自傷であっても、将来の自死に至る危
険性を高めるという先行研究と矛盾するため
に削除し、希死念慮の伴わない自傷行為も評
価の対象とした。

4) 内省・洞察

表 7 のように【内省・洞察】は中項目及び
全ての小項目が十分な評定者間信頼性を示し
た。

収束妥当性としては DAI-30 との相関は低
いが、中項目および小項目【3）病識】が SAI-J
合計点および SAI-J【自己の疾病についての
認識】との弱い相関、中項目および小項目【4）
対象行為の要因理解】が BSI 洞察との弱い相
関が得られており、収束妥当性の一定の傍証
が得られたと言える。一方で小項目【1）対
象行為への内省】【2）対象行為以外の他害行
為への内省】は適切な尺度がなく、収束妥当

性の検証はできていない。

表 8 より、予測妥当性の観点では、中項目【内省・洞察】と全ての小項目が入院の長期化に関わっているが、通院移行後および院内での暴力や問題行動の予測に関わったのは小項目【2）対象行為以外の他害行為への内省】と【4）対象行為の要因理解】の 2 項目に留まった。なお【4）対象行為の要因理解】は評定が低い方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結果になっている。しかし症状悪化による精神保健福祉法入院については ICF の下位項目と症状悪化による精神保健福祉法入院との関連を見た研究¹⁾において【敬意と思いやり】【寛容さ】【合図】【危機への対処】の 4 項目に測られる機能が高い方が症状悪化による入院をしやすいという結果が得られており、病状が悪化しやすいという影響よりも、病状の悪化を自ら認め、また入院を受け入れるという機能の高さが症状悪化を理由とした精神保健福祉法入院につながっていると考えられた。故に【4）対象行為の要因理解】が低い方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結果は必ずしも問題ではなく、対象行為の要因理解ができていないと、通院移行後に症状が悪化した時に、自らの病状悪化を認めて入院を受け入れやすいと解釈することができる。

このように【内省・洞察】に関しては将来の問題事象の予測という点では【2）対象行為以外の他害行為への内省】と【4）対象行為の要因理解】の 2 項目のみで十分ということもできるものの、前記の改訂方針通り、評定者間信頼性や収束妥当性に明らかな問題がないため、第 3 版では小項目の構成も含めて第 2 版から継続する

5) 生活能力

表 9 のように【生活能力】は全 14 の小項目のうち【1）生活リズム】、【2）整容と衛生】、【3）金銭管理】、【4）家事や料理】、【5）

安全管理】、【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】の 9 項目は十分な評定者間信頼性が得られたが、中項目および³⁾【6）社会資源の利用】、【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】の 5 小項目は十分な評定者間信頼性が得られなかった。

表 9 では BSI の因子、ICF の下位項目のうち、【生活能力】各小項目と概念的に関連が想定される組み合わせを枠囲みで示している。

【11）生産的活動・役割】【14）施設への過剰適応】は概念的に収束妥当性を示せる下位因子がなく、検証できていないが、他の項目は BSI や ICF の関連する項目との弱い相関～中程度の相関が認められた。

予測妥当性の点では表 10 のように【3）金銭管理】と【4）家事や料理】は特に通院移行後の問題行動、暴力、精神保健福祉法入院に対して予測力があり、【4）家事や料理】は通院移行後の自殺企図に対しても予測力が認められた。【1）生活リズム】と【5）安全管理】は院内暴力の予測にもかわり、日常生活能力の重要性が示唆された。

第 3 版への改訂に当たり、評定者間信頼性が不十分であった【12）過度の依存】と【14）施設への過剰適応】は削除し、【11）生産的活動・役割】と【13）余暇を有効に過ごせない】は統合して【生活のバランス】という新たな項目として再構成した。【6）社会資源の利用】はアンカーポイントを修正し、【公共機関の利用】とした。また表 9 の因子分析結果²⁾から【生活能力】の 14 の小項目は 3 つの因子に分かれており、第 4 因子に分類されていた【12）過度の依存】と【14）施設への過剰適応】は削除するため、信頼性・妥当性の認められた 9 小項目と、項目に修正を加えた 2 小項目とを因子分析結果に従って 2 つの中項目に分割した。

6) 衝動コントロール

【衝動コントロール】は表 11 のように中項目、小項目いずれも十分な評定者間信頼性が得られている。収束妥当性では中項目と GAF、BSI の【社会的リスクアセスメント】項目との相関が十分あり、小項目【1) 一貫性のない行動】【2) 待つことができない】【3) 先の予測をしない】が低 IQ と関連することは収束妥当性の傍証と言える。しかしながら衝動性そのものの尺度との関連は検証しておらず、十分な基準関連妥当性が得られているとは言えない。

予測妥当性の面では表 12 より中項目【衝動コントロール】および 5 小項目全てが通院移行後の暴力と問題行動を予測し、【1) 一貫性のない行動】と【2) 待つことができない】は精神保健福祉法入院の予測にもかかわった。

このように【衝動コントロール】とその小項目は信頼性があるとともに将来の問題事象の予測に関わる重要な項目と言え、第 3 版への改訂に当たっては中項目・小項目ともに変更せず維持した。

7) 共感性

【共感性】は表 13 より評定者間信頼性が 0.53 と、十分とされる 0.6 にやや不足した。収束妥当性では GAF および BSI【共感】との弱い相関が認められており、収束妥当性としての一定の傍証ともいえるが、BSI は【共感】という本項目と同じ対象を測定しているものであるため、絶対値が 0.29 ではやや不足していると見ることもできる。

表 14 のように予測妥当性研究では入院の長期化因子になっているものの、通院移行後の暴力や問題行動、入院中の暴力とも関係していない。

第 3 版への改訂は、前述のように評定者間信頼性を上げることを一つの重要なポイントとしているため、本項目も改訂を行ったが、本項目の級内相関係数の低さはアンカーポイ

ントで「2 点は特別な場合に限る」という条件があり、評定値が 0, 1, 2 の 3 段階ではなく、ほぼ 0 と 1 の 2 段階で推移したことの影響が強く疑われたため、第 3 版への改訂に際してはこの条件を削除し、2 点も含めて評定しやすい構成にアンカーポイントを改めた。

8) 非社会性

表 15 のように【非社会性】は小項目【性的逸脱行動】のみ級内相関係数が 0.721 と十分な値で、他の小項目、中項目はいずれも 0.6 を下回った。これは各小項目の出現頻度が非常に低いことが大きく影響している。

収束妥当性では BSI【社会的リスクアセスメント】との弱い相関が多くの小項目と中項目に認められており、一定の収束妥当性が示されたものの、信頼性の問題から改訂の必要が認められた。

表 16 のように中項目は通院移行後の問題行動、暴力、精神保健福祉法入院の予測にかかわった。小項目の結果は多くの箇所ですべて「 $p < 0.05$ 」という記載をしているが、これは COX 比例ハザードモデルによる解析が 5% 水準で有意になったものの、いずれも 1 点以上の発生件数が 15 人未満であり、比例ハザード性の確認ができず、生存曲線の群間比較もできなかった項目もある。

第 3 版への改訂に当たっては、評定者間信頼性の認められた【性的逸脱行動】を単一の中項目とし、残りの小項目は個々に評価しても頻度の低さから十分な評定者間信頼性が得られないために、個々に評価することを廃止し、【反社会性】としてアンカーポイントの修正を行った。

9) 対人暴力

【対人暴力】は表 17 のように評定者間信頼性は十分高く、GAF との弱い相関も認められている。一方で BSI【社会的リスクアセスメント】との相関がなく、表 18 の予測力の

結果を見ても入院の長期化には関わるが、通院移行後や入院中の暴力や問題行動の予測には関連しない。

入院医療機関での使用を鑑みると、評価期間である3ヶ月間に暴力があれば2点、最後の暴力から3ヶ月が経過すれば0点になっており、この項目が以後の暴力につながらないということを考えて、暴力の履歴以上の意味を持たないと言える。そのため、評定者間信頼性は充足しているものの第3版からは廃止した。

10) 個人的支援

【個人的支援】は表19のように評定者間信頼性が0.58と、十分とされる0.6にわずかに不足した。収束妥当性ではICFの環境因子との相関において一定の結果が得られた。表20より、予測妥当性としては通院移行後の問題行動の予測に影響することが明らかになっている。

第3版への改訂に当たっては、評定者間信頼性を上げるためにわずかにアンカーポイントの修正を行った。

11) コミュニティ要因

【コミュニティ要因】は表21より評定者間信頼性は十分高く、収束妥当性ではICFの環境因子との相関において十分な結果が得られた。表22から、予測妥当性としては入院の長期化には関わるが、通院移行後の暴力や問題行動には影響しなかった。

第3版への改訂に当たっては、予測妥当性は認められていないが、信頼性と収束妥当性について十分な結果が得られていることから、変更なしとした。

12) ストレス

【ストレス】は表23のように評定者間信頼性が0.54と、十分とされる0.6にやや不足した。【共感性】や【治療効果】のように特定

の評定値をつけることに対する特別なルールがあるわけではないが、0点と評価されにくいことが評定者一致度の低下を招いている。

収束妥当性ではGAFとの相関、ICFの【ストレスへの対処】との相関が得られているが、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。

表24より、予測妥当性の面では通院移行後の暴力や問題行動、入院中の自殺企図の予測に関わる重要な項目である。それ故、第3版への改訂に当たっては、0点の評定をつけやすくし、評定者一致度を向上させるためにアンカーポイントの修正を行った。

13) 物質乱用

【物質乱用】は表25より十分な評定者間信頼性が認められ、収束妥当性の点でも、薬物乱用者を除いてAUDITとの相関を調べたところ $r=0.58$ と十分な結果が得られている。項目反応理論による分析では識別力が極端に低く、また【物質乱用】項目によって17項目全体の内的整合性を下げている。

表26より、予測妥当性としては通院移行後の問題行動と関わっている。

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が、第3版への改訂に当たっては、尺度としての内的整合性は重視しないとの方針の下、評定者間信頼性と収束妥当性が得られていることもあり、変更せず継続した。

14) 現実的計画

【現実的計画】は表27より【4）生活費】の項目のみ0.59と、十分とされる0.6にわずかに不足し、他の小項目及び中項目は十分な評定者間信頼性が認められた。

予測妥当性に関しては【4）生活費】が院内自殺企図に関わった他は、【1）退院後の治

療プランへの同意】と【3）住居】が通院移行までの期間に影響した以外は予測力を持たなかった。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。指定入院医療機関からの退院に当たって最も重要視される項目でありながら、通院移行後の問題事象に対する予測力を持たないことは欠点であるが、第3版への改訂に当たっては評定者一致度の不十分であった【4）生活費】を修正した以外は第2版の内容のままとした。

15) コンプライアンス

【コンプライアンス】は表28より十分な評定者間信頼性が示され、収束妥当性ではGAF、BSIの【洞察】、SAI-J合計点やSAI-J【自己の疾病についての認識】との相関が認められた。

一方、表29よりDAI-30との相関は非常に低い値であった¹²⁾(表7)。DAI-30が服薬についての意識を問うものであり、心理社会的治療も含めた治療全体への同意を問う【コンプライアンス】とは異なるとはいえ、0.1を切るDAI-30との相関は低すぎると言わざるを得ない。

予測妥当性研究では表30のように入院長期化と関わる以外は、将来の問題事象に対する予測力は認められなかった。

第3版への改訂に当たっては、収束妥当性の問題から項目の改訂を行うこととした。治療への同意についての概念がコンプライアンスからアドヒアランスに移り変わっていることもあり、項目を【コンプライアンス】から【アドヒアランス】に変更した。

16) 治療効果

表31より【治療効果】の項目は評定者間信頼性が0.507と、十分とされる0.6に届かなかった。構成概念妥当性としてはGAFおよびIQとの弱い相関が認められているが、

本項目で測定しようとしている治療効果を測る他の尺度として適当なものがないため、必ずしも十分な妥当性が得られているとも言えない。

予測妥当性研究では表32より入院長期化、通院移行後の暴力や問題行動の予測に関わる項目であることが示されている。

第3版への改訂は、評定者間信頼性を上げることが重視しているため、本項目も改訂を行った。【共感性】と同様に本項目の級内相関係数の低さはアンカーポイントで「2点は特別な場合に限る」という条件があり、評定値が0, 1, 2の3段階ではなく、ほぼ0と1の2段階で推移したことの影響が強く疑われたため、第3版への改訂に際しては、治療効果が望めないときのみ2点と評定するルールを廃し、アンカーポイントを改めた。

17) 治療・ケアの継続性

【治療・ケアの継続性】は表33から全ての小項目と中項目で十分な評定者間信頼性が示された。一方で項目の特性上、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。

予測妥当性としては【1）治療同盟】が院内自殺企図に関わった他は、入院期間への影響のみである。通院移行後の体制を評価する【2）予防】や【5）緊急時の対応】も含めて通院移行後の暴力や問題行動を予測しなかった。

第3版への改訂に当たっては、評定者間信頼性の低い項目、および妥当性に疑問の生じた項目は改訂するとの方針のため、改訂せずに留保するという考えも考えられたが、通院移行後の問題事象への予測力を高めるため、クライシスプランの有無だけを問うていたことが影響している可能性を考え、【2）予防】と【5）緊急時の対応】の2小項目のアンカーポイントの修正を行った。

ROC 曲線下面積 (AUC) の解析結果に基づく予測のための項目セット

本研究 2 年目には通院移行後の暴力、問題行動、自殺企図、また指定入院医療機関入院中の暴力や自殺企図を予測するための項目のセットを抽出する研究を繰り返した²⁾。本項では第 3 版の使用の際に算出し、医療の参考とされたい項目のセットを紹介する。以下の項目のセットを抽出したプロセスについては昨年度の報告書²⁾を参照されたい。なお、項目名と、項目名に付した小項目の番号は第 3 版でのものである。

a. 通院移行後の暴力・問題行動の予測

【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】【衝動コントロール 1) 一貫性のない行動】の合計点

昨年度の研究結果²⁾より、以下のようにそれぞれ高い予測力が得られた。

① 通院移行後 3 年以内の暴力の予測 AUC=.792

② 2 年間追跡できたサンプルでの暴力の予測 AUC=.771

③ 通院移行後 3 年以内の問題行動の予測 AUC=.803

④ 2 年間追跡できたサンプルでの問題行動の予測 AUC=.717

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】の 7 項目合計点による、通院移行後 2 年以内の問題行動・暴力のクロス集計表を表 34 に示す。前記の AUC を算出した解析では①③の追跡期間の長短に関わらずに 3 年以内に何らかの暴力ないし問題行動が生じた群と、3 年間の追跡が終了し、いずれの暴力ないし問題行動のなかった群との比較も行っているが、これらの解析では暴力あり群・問題行動あり群は追跡期間が 3 年に満たないものも含

んでいる一方、暴力なし群・問題行動なし群は 3 年間追跡できた事例に限っているため、項目のセットを抽出する上では有効であるが、ベースレートは見かけよりも高くなる。そのため、AUC を算出した解析のうち②と④についてクロス集計表を示した。こちらは医療観察法再入院申し立てにより追跡が途切れた事例が除外されているという問題があるが、上記①③よりもベースレートが真の値に近い。表 34 から、問題行動発生率が上昇する 3 点以上をカットオフ値とした際の 2 年以内の問題行動・暴力発生のクロス集計表を表 35 に示した。ここから、仮にカットオフ値を 3 点に取れば、上記 7 項目合計点が 3 点以上であれば通院移行後 2 年以内に何らかの問題行動が生じる危険率が 37%、何らかの暴力が生じる危険率が 28% となり、2 点以下であれば問題行動の生じる確率が 10%、何らかの暴力が生じる確率が 6% となる。3 点以上でも問題行動や暴力の生じない可能性の方が高いが、一つの目安として考えることはできよう。医療観察法施行前にはリスクアセスメント、暴力の予測について批判も多かったが、海外のリスクアセスメント研究を紐解くと、Baxtrom 研究¹⁸⁾において、危険性を根拠に強制入院させられていた 966 人の多くが他害行為を行わなかったという結果から臨床家の再犯予測への批判が始まった歴史がある。言い換えると統計的なリスクアセスメントは真陽性を増やすこともさることながら、偽陽性を減らすことにその意義が大きいと言える。本項に示した問題行動・暴力の予測セットは、他害リスクの低い対象者を抽出して早期退院につなげるために効果的に利用されたい。

b. 通院移行後の自殺企図の予測

【日常生活能力 3) 家事や料理】

【日常生活能力 3) 家事や料理】一項目のみで通院移行後 3 年以内の自殺企図が AUC=.792 という高い精度で予測ができた¹⁹⁾。なお、自殺が既遂に至れば追跡が打ち切られ

ることもあり、先の暴力・問題行動の予測のような2年間追跡できたサンプルでの予測研究は行っておらず、3年以内の発生のみでの解析であるため、ベースレートが見かけ上高くなるためクロス集計表はここでは示さない。

c. 指定入院医療機関入院中の自殺企図の予測

【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

昨年度の研究結果²⁾より、以下の予測力が得られた。

入院時初回評価による3項目の合計点によって入院3週～4ヶ月の院内自殺企図の予測AUC=.760

入院時初回評価による3項目の合計点によって全入院期間中の院内自殺企図の予測AUC=.695

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】の合計点による入院3週～4ヶ月の院内自殺企図の有無のクロス集計表を表36に示す。入院期間全体の予測をすれば上記のようにAUC=.695と十分な値ではなくなるが、予測の期間を3ヶ月間程度に絞るとAUC=.760と高い予測力となる。しかし表36のクロス集計表のように、ベースレートが2%と低く、3項目合計が満点であれば3ヶ月間の院内自殺企図の危険率が9%に上昇するとはいえ、それでも9割は自殺企図を行わない。一つの注意喚起の指標とされたい。

第2版の因子分析結果と第3版での配列変更

第1章に示したように、共通評価項目初版及び第2版にある大項目は、研究班による17項目の提出後に厚労省によって加えられたものである。項目ごとのこれまでの研究結果の紹介の中で、【生活能力】を第3版では因子

分析結果に従って2つの中項目に分割することを記した。第3版では、併せて中項目の因子分析結果を利用し、中項目の配列の変更と大項目のカテゴリ分けの見直しを行った。

本研究初年度の研究報告書より中項目の因子分析結果を表37に示す。初版、第2版では【精神病症状】【非精神病性症状】【自殺企図】が「精神医学的要素」としてまとめられていたが、因子分析を行ったところ、「精神医学的要素」「個人心理的要素」「対人関係的要素」「治療的要素」に分かれていた【精神病症状】【内省・洞察】【共感性】【治療効果】【コンプライアンス】が一つの因子にまとまり、逆に「精神医学的要素」とされていた【非精神病性症状】は【衝動コントロール】【ストレス】【生活能力】等と同じ因子にまとまった。これらの結果に従い、第3版では中項目の配列を変更した。第3版の項目と配列、因子を表38に示す。項目の配列が変更されたことで、一見して大きな改訂がなされたように見えるが、第3版のベータテストの際にも「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、なんとなく人を捉える感じがした」との感想も得られている²⁾。

以上に示した、1)評定者間信頼性の低い項目、および妥当性に疑問の生じた項目の改訂、2)問題事象の予測につながる項目のセットの明示、3)因子分析に基づく配列の変更の三点が第3版への改訂のポイントである。

第3版の評定者間信頼性の検証

本研究3年目の成果として、作成した共通評価項目第3版の評定者間信頼性の検証を行った。各項目の級内相関係数の結果と、第2版との比較を表38に示す。表38より、項目の級内相関係数が0.6に満たなかったのは【活動性・社会性2)コミュニケーション技能】(ICC=0.580)、【衝動コントロール1)一

貫性のない行動】(ICC=0.578)の二項目のみである。この二項目はわずかに0.6に及ばなかったが、これらはいずれも第2版の評定者間信頼性の検証の折に十分な級内相関係数が得られ、アンカーポイントの修正を行わなかった項目である。それ故にこの二項目が評定者間信頼性に問題があるとは必ずしも言えないと考えられ、第2版のように信頼性・妥当性に明らかな問題のある項目は第3版では修正が完了したと言える。前述のように共通評価項目はリスクのアセスメントに特化することができないが、問題事象の予測につながる項目のセットの明示を行い、中項目の合計ではなく、これらのAUCに基づく項目のセットの合計を算出することでリスクの評価を部分的に行うことができる。

以上のような研究結果とそれに基づくプロセスで共通評価項目を第3版へと改訂し、十分な評定者間信頼性が得られ、一部収束妥当性の担保された尺度へと刷新できたことが、本研究3年間の成果である。次頁以下に共通評価項目第3版を示すと共に、第3版の臨床利用について述べたい。

文献

- 1) 壁屋康洋、砥上恭子、高橋昇、瀬底正有、山本哲裕、古野悟志、北湯口孝、竹本浩子、小片圭子、岩崎友明、松原弘泰、天野昌太郎、大賀礼子、中川桜、堀内美穂、横田聡子、占部文香、北靖枝、古賀礼子、山下豊、荒井宏文、深瀬亜矢、桑本雅量、西川啓祐、松本美奈子、藤田純嗣郎、川地拓、福田理尋、栗原真弓、前上里泰史、常包知秀、田中さやか、大原薫：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27年度総括研究報告書，2016.
- 2) 壁屋康洋、高橋昇、砥上恭子、西村大樹、平林直次、永田貴子、村杉謙次、下里誠司、三澤剛、石井利樹、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、川地拓、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、北靖恵、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、前田愛、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、西川啓祐、松本美奈子、藤田美穂、笠井正一、富山孝、島田雅美、栗原真弓、小川佳子、古野悟志、北湯口孝、田中さやか、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26年度総括研究報告書，2015.
- 3) 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.
- 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：107～180,2011.
- 5) 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.
- 6) 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.
- 7) 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)ー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.
- 8) 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)ー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.
- 9) 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.
- 10) 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)ー退院後の問題行動
 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.
- 11) 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)ー退
 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.
- 12) 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)ー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.
- 13) 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.
- 14) 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)ー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.
- 15) 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)ー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 6) 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 7) 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.
- 1 8) Steadman,H.J. & Cocozza,J.J. : *Creers of the criminally insane-Excessive Social Control of Deviance*. Lexington Books, Lexington, MA. : 1974.
- 1 9) 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

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	発表年
研究1	評定者間信頼性	司法精神医学,7	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,9	2014
研究6	GAF・ICFとの相関(収束妥当性)	司法精神医学,8	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,9	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		
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	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)	2014
研究18	退院後の自傷・自殺企図の予測	平成25年度総括研究報告書	
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ヶ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	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)	2015
研究28	入院継続後3ヶ月間の院内暴力の予測モデルの探索(中期予測)	平成26年度総括研究報告書	
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ヶ月以内の院内自殺企図の予測モデルの探索		
研究32	改訂案の作成とベータテスト		
研究33	医療観察法病棟退院申請時のGAF評定による精神保健福祉法入院、問題行動、暴力の予測		
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の予測		
研究35	医療観察法病棟退院申請時のICF評定による症状悪化での精神保健福祉法入院の予測		
研究36	医療観察法病棟退院申請時のICF評定による問題行動の予測	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)	2016
研究37	医療観察法病棟退院申請時のICF評定による自傷・自殺企図の予測	平成27年度総括研究報告書	
研究38	医療観察法病棟退院申請時のICF評定による暴力の予測		
研究39	通院移行時の居住地による比較		
研究40	診断分類による比較		
研究41	対象行為による比較		
研究42	第3版案の評定者間一致度の検証		

表2 【精神病症状】結果一覧

項目	級内相関 係数 ICC(2.1)	GAFとの 相関	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ヶ月 以降の 院内暴 力	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ヶ月 以降の 院内自 殺企図 の予測	研究22 通院処 遇への 移行 まで期 間の 予測
1. 精神病症状	0.797	-0.48										0.0点<1.0点<2.0点
精神 病 症 状 の 小 項 目	1) 通常でない思考	0.771	-0.42									0.0点<1.0点<2.0点
	2) 幻覚に基づいた行動	0.655	-0.40									0.0点<1.0点<2.0点
	3) 概念の統合障害	0.773	-0.36									0.0点<1.0点<2.0点
	4) 精神的しづかさ	0.704	-0.36					0.0点<1.0点<2.0点				0.0点<1.0点<2.0点
	5) 不適切な疑念	0.636	-0.38									0.0点<1.0点<2.0点
	6) 誇大性	0.673	-0.33	0.0点<1.0点<2.0点								0.0点<1.0点<2.0点

表3 【非精神病性症状】結果一覧

項目	級内相関 係数 ICC(2,1)	GAFとの 相関	BSI各因子との相関			IQとの相 関
			1. 社会 的リス ク アセス メント	3. コミュ ニ ケーシ ョン とソー シャル スキル		
2. 非精神病性症状	0.620	-0.36	-0.21	-0.21	-0.38	
非 精 神 病 症 状 の 小 項 目	1) 興奮・躁状態	0.461	-0.4	-0.30	-0.09	-0.17
	2) 不安・緊張	0.515	-0.31	-0.14	0.01	-0.10
	3) 怒り	0.709	-0.32	-0.33	-0.12	-0.15
	4) 感情の平板化	0.663	-0.38	-0.01	-0.39	-0.04
	5) 抑うつ	0.543	-0.07	-0.04	0.00	0.06
	6) 罪悪感	0.321	-0.05	0.09	0.07	0.00
	7) 解離	0.517	0.04	0.02	0.04	-0.02
	8) 知的障害	0.814	-0.13	-0.07	-0.25	-0.76
	9) 意識障害	0.061	-0.06	-0.05	0.04	-0.08

表4 【非精神病性症状】予測力の研究結果一覧

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ヶ月 以降の 院内暴 力	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ヶ月 以降の 院内自 殺企図 の予測	研究22 通院処 遇への 移行 まで期 間の 予測
2. 非精神病性症状						ハザード比: 1.920	ハザード比: 1.388			0.0点<1.0点<2.0点
非 精 神 病 症 状 の 小 項 目	1) 興奮・躁状態		0.0点の群<1.0点以上の群	0.0点の群<1.0点以上の群		0.0点の群<1.0点の群, 2.0点の群				ハザード比: 0.997
	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	0.0点<1.0点<2.0点
	3) 怒り	0.0点の群<1.0点以上の群		0.0点の群<1.0点以上の群	0.0点の群<1.0点以上の群			ハザード比: 1.439		0.0点<1.0点<2.0点
	4) 感情の平板化							0.0点の群<1.0点の群, 2.0点の群		0.0点<1.0点<2.0点
	5) 抑うつ	0.0点の群<1.0点以上の群			0.0点の群<1.0点以上の群				0.0点の群<2.0点の群	
	6) 罪悪感									
	7) 解離									
	8) 知的障害				0.0点の群<1.0点の群, 2.0点の群		0.0点の群<2.0点の群	0.0点の群, 1.0点の群<2.0点の群		
	9) 意識障害									