

もあり、通院移行後の暴力の予測の解析で有意となった項目は全て問題行動の予測の解析でも有意となっている。

表 3、表 4 のように【対人関係の終結】【社会的ルールに従った対人関係】【社会的距離の維持】【責任への対処】【基本的な経済的取引】の各項目に問題があるほど通院移行後の暴力や問題行動につながりやすく、【サービス・制度】が充足していないほど通院移行後の暴力や問題行動が少ないという結果が得られた。

【対人関係の形成】が問題行動や暴力と関連せず、【対人関係の終結】【社会的ルールに従った対人関係】【社会的距離の維持】に問題があると通院移行後の暴力や問題行動が生じやすいという結果から、言い換えると、他者と接近し、関わりを持つ能力よりも、他者から距離を取る能力の方が通院移行後の暴力や問題行動を回避する上で有効に機能する可能性があると言える。

【基本的な経済的取引】は共通評価項目の【金銭管理】と相関が高く、【金銭管理】が通院移行後の精神保健福祉法入院、暴力、問題行動と関連していた(第 2 章)のと同様に、金銭管理の破たんは暴力や問題行動、入院につながると言える。一方で【経済的自給】ができていない方が通院移行後に自傷・自殺企図につながりやすいという結果が得られている。経済的に自給していなくて支援が入っている方が自殺企図をしにくいという可能性も考えられるが、その理由は明らかではない。

また【責任への対処】は通院移行後の問題行動に関係するが共通評価項目の【治療・ケアの継続性 1) 治療同盟】【治療・ケアの継続性 4) セルフモニタリング】【治療・ケアの継続性 5) 緊急時の対応】等は通院移行後の問題行動に関係しない(第 2 章)ことから、退院申請時点で約束事を守っているということは問題行動の予測につながらないが、一般的に責任を全うする傾向が長期的に見て問題行動や暴力の防止に効果があると考えられる。

【健康の維持】は通院移行後の問題行動に関係し、精神病性症状は通院移行後の問題行動に関係しない(第 2 章)ことから、退院申請時点の症状は問題行動につながらないが、症状の安定を保つための能力が長期的に見て問題行動に影響すると言える。

【敬意と思いやり】【寛容さ】は問題があると通院移行後の問題行動を生じやすいが、症状悪化による精神保健福祉法入院は逆に【敬意と思いやり】【寛容さ】【合図】【危機への対処】に機能が低いほど生じやすい。この結果から明らかになったことは、本研究の調査から収集された「症状悪化による精神保健福祉法入院」というものは対象者が悪化時に入院に同意できるということの影響が大きく、「症状悪化による精神保健福祉法入院」は必ずしも問題の指標とは言えないということである。

【日課の管理】【日課の達成】ができないことは、問題行動や暴力には必ずしもつながらないが、精神保健福祉法入院につながりやすい。この結果からは長期的に見た時には退院申請時に残存している精神症状等よりも日々の生活パターンを維持できるかという点が重要であることが示唆される。

防止要因としての生活機能

前項までに述べたように、GAF は通院移行後の問題事象を何も予測しなかった。その反面に ICF の下位項目はいくつか関連が見られている。これは GAF が生活機能と精神症状を併せて包括的に評価する尺度であり、大きく捉えると問題事象との関連は検出できないが、ICF の下位項目のように生活機能を細かく分類して見ると、問題事象に関連するものとそうでないものが検出できるということであろう。

ICF の下位項目の解析結果から得られる示唆は以下の 6 点にまとめられる。

- ①金銭管理能力の重要性
- ②他者と距離を保つ能力によってトラブルが

回避される

- ③長期的に見た時には退院時の精神症状よりも、健康の維持を図る能力が重要
- ④長期的に見た時には退院時の約束事よりも、全般的に責任を全うする傾向が問題行動や暴力の防止に効果がある
- ⑤日課の維持・継続は精神保健福祉法入院を防ぐ
- ⑥「症状悪化による精神保健福祉法入院」は対象者が悪化時に入院に同意できる能力に依存し、必ずしも問題の指標とは言えない

以上の事柄は、入院医療において力を入れてトレーニングすべきスキル、通院医療において留意すべき点について示唆をもたらすものと考えられる。

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、西村大樹、砥上恭子、高橋昇、松原弘泰、小片圭子、荒井宏文、鈴木敬生、今村扶美、野村照幸、大原薫、前上里泰史、天野昌太郎、大賀礼子、菊池安希子：医療観察法病棟退院申請時の生活機能と通院移行後の暴力行動との関連の探索. 司法精神医学,11：印刷中.
- 3) 厚生労働省：医療観察法入院処遇ガイドライン,2005.
- 4) 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.

表1 GAFによる問題事象の予測 解析ごとのNと問題事象発生数

解析	N	事象あり	なし
精神保健福祉法入院	110	28	82
症状悪化による精神保健福祉法入院	92	12	80
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)	156	32	124
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)	165	19	146
自傷・自殺企図	157	6	151

表2 ICFによる問題事象の予測 解析ごとのNと問題事象発生数²

解析	N	事象あり	なし
精神保健福祉法入院	220	56	164
症状悪化による精神保健福祉法入院	192	28	164
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)	278	57	221
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)	318	36	282
自傷・自殺企図	280	10	270

表3 ICF「活動と参加」項目による問題事象の予測

COX 比例ハザードモデルにて5%水準以上で有意となった項目のハザード比一覧

ICF「活動と参加」項目	P法入院の予測	症状悪化入院の予測	問題行動の予測	暴力の予測	自傷・自殺企図の予測
身体快適性の確保					
食事や体調の管理					
健康の維持			1.526		
調理					
調理以外の家事					
敬意と思いやり		0.549	1.466		
感謝			1.459		
寛容さ		0.468	1.365		
批判					
合図		0.567			
身体的接触					
対人関係の形成					
対人関係の終結			1.415	1.538	
対人関係における行動の制限					
社会的ルールに従った対人関係			1.471	1.681	
社会的距離の維持			1.577	1.649	
日課の管理	1.580				
日課の達成	1.483				
自分の活動レベルの管理					
責任への対処			1.451	1.581	
ストレスへの対処					
危機への対処		0.627			
基本的な経済的取引	1.581		1.505	1.475	
複雑な経済的取引					
経済的自給					0.472

² 表のNは「身体快適性の確保」等、欠損値が最も少なかった項目（Nが最も多かった項目）について示している。ICF 評定値に欠損値が多かった「複雑な経済的取引」等の項目は、最大で90名Nが減少する。

表4 ICF「環境因子」項目による問題事象の予測

COX 比例ハザードモデルにて 5%水準以上で有意となった項目のハザード比一覧

ICF環境因子項目	P法入院の予測	症状悪化入院の予測	問題行動の予測	暴力の予測	自傷・自殺企図の予測
生產品と用具					
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			0.666	0.590	

第5章

通院移行時の居住地、診断分類、対象行為による問題行動・暴力の予測

はじめに

3ヶ年に渡る本研究は医療観察法医療における動的要因の評価である共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究を行い、その中で問題事象の予測力についても検証した。前章ではGAFおよびICFの下位項目について通院処遇移行後の精神保健福祉法入院、問題行動、暴力の発生それぞれの関連を検証した結果を要約した。本研究では初年度に収集したデータを用いて通院移行時の居住地、診断分類、対象行為による問題行動と暴力の予測についても検証し、各研究結果について総括研究報告書¹⁾に示した。本章では上記結果を要約し、通院移行後の問題行動や暴力に対する多様な要因の影響力について考察する。

何らかの暴力の予測

本研究の対象は2008年4月1日～2012年3月31日の期間に医療観察法入院決定を受けた対象者であり、2013年10月1日までに退院し、通院処遇となった対象者である。研究協力が得られ、データが収集できた22の指定入院医療機関からの432名分のデータを用いた。欠損値はサンプルサイズで除外しているため、解析ごとに事例数がやや異なる。

ここで予測の対象とした暴力は、第2章での共通評価項目の下位項目の予測妥当性の研究でも対象とした何らかの暴力で、指定通院医療機関からの情報によって得られた、身体的暴力、非身体的暴力、性的暴力のいずれかの発生を指す。

総括研究報告書¹⁾に示したように、何らかの暴力の発生について、通院移行時の居住地比較～①家族同居101例、②施設入所120例、③単身退院84例、④医療観察法病棟退院と同時の精神保健福祉法入院66例の4群比較をカイ2乗検定によって行った結果、統計的

に有意な群間差は認められなかった(表1～3)。

診断分類による比較¹⁾では、ICD-10コードのF2(統合失調症圏)単独が全体の69%と大半を占めるため、欠損値を除外した解析対象357例のうち、F2単独群254例、F1(物質関連障害群)の合併を含む群32例、F7(精神遅滞)の合併を含む群37例の3群比較をカイ2乗検定で行い、期待度数が5を下回るセルが20%を超えないようにするため事例数が20を下回る他の診断カテゴリは解析から除外した。その結果、カイ二乗値(Pearson) = 6.766、5%水準でカイ二乗検定は有意となり、残差分析の結果、F7の合併事例は1%水準で有意に通院移行後の何らかの暴力の発生が多く、F2のみの事例は5%水準で何らかの暴力の発生が少ないことが明らかになった(表4～6)。

対象行為による比較¹⁾では、対象行為が複数ある事例はより重い罪状(下記の順)のカテゴリに集約し、①殺人64例、②殺人未遂59例、③放火83例、④性暴力21例、⑤強盗14例、⑥傷害129例の6群比較をカイ2乗検定によって行った。その結果、カイ二乗値(Pearson)は14.301、5%水準でカイ二乗検定は有意となり、残差分析の結果、対象行為に殺人を含む事例は5%水準で有意に通院移行後の何らかの暴力の発生が少なく、対象行為に強盗を含む事例、および殺人を含まずに殺人未遂を含む事例は5%水準で有意に通院移行後の何らかの暴力の発生が多いことが明らかになった(表7～9)。

これらの結果から、本研究で解析した要因の中では、精神遅滞、殺人未遂、強盗は何らかの暴力へのリスクを高める要因と考えることができる。

何らかの問題行動の予測

前項と同様に通院移行時の居住地、診断分類、対象行為による問題行動の予測についても解析を行った¹⁾。ここで言う何らかの問題行動とは、第2章での共通評価項目の下位項目の予測妥当性の研究でも対象とした何らかの問題行動で、先の何らかの暴力に加え、医療への不遵守(49例)、アルコール・物質関連問題(16例)を含んだいずれかの問題行動発生を指す。

総括研究報告書¹⁾に示したように、何らかの問題行動の発生について、通院移行時の居住地比較～①家族同居 101例、②施設入所 120例、③単身退院 84例、④医療観察法病棟退院と同時の精神保健福祉法入院 66例の4群比較をカイ2乗検定によって行った結果、統計的に有意な群間差は認められなかった(表10～12)。

診断分類による比較¹⁾では、期待度数が5を下回るセルが20%を超えないようにするためにカテゴリを集約し、ICD-10コードのF2単独群 254例、F1(物質関連障害群)の合併を含む群 33例、F3(気分障害群)を含む 16例、F7(知的障害)を含む群 37例、F8(発達障害)を含む群 10例の6群比較をカイ2乗検定で行った。その結果、カイ二乗値(Pearson)は10.772、5%水準でカイ二乗検定は有意となり、残差分析の結果F1の合併事例は5%水準で有意に通院移行後の何らかの問題行動の発生が多いことが明らかになった(表13～15)。

対象行為による比較¹⁾では、前項と同様に対象行為が複数ある事例はより重い罪状(下記の順)のカテゴリに集約し、①殺人 64例、②殺人未遂 59例、③放火 83例、④性暴力 21例、⑤強盗 14例、⑥傷害 129例の6群比較をカイ2乗検定によって行った。その結果、カイ二乗値(Pearson)は12.977、5%水準でカイ二乗検定は有意となり、残差分析の結果、対象行為に殺人を含む事例は1%水準で有意

に通院移行後の何らかの問題行動の発生が少なく、対象行為に強盗を含む事例5%水準で有意に通院移行後の何らかの問題行動の発生が多いことが明らかになった(表16～18)。

これらの結果から、本研究で解析した要因の中では、物質関連問題、強盗は何らかの問題行動へのリスクを高める要因と考えることができる。

考察

本章に述べた通院移行時の居住地、診断分類、対象行為の3カテゴリの解析では、通院移行時の居住地では暴力にも問題行動にも差がなく、診断分類では知的障害が何らかの暴力の危険因子、物質関連問題が何らかの問題行動の危険因子であることが明らかになった。尤も、何らかの問題行動にはカテゴリにアルコール・物質関連問題を含んでいるため、このことが影響している可能性も考えられる。

対象行為では殺人の事例は通院移行後の暴力や問題行動が少なく、殺人未遂は通院移行後の暴力の危険因子、強盗は暴力と問題行動両方の危険因子であることが明らかになった。問題事象の発生件数がさほど多くないため、細かな解析はできていないが、以上の結果は医療観察法医療において地域での問題行動や暴力の危険性を考える上で一つの目安となる。

この結果は一つの示唆となる一方、通院移行時の住環境は変更することが可能であるが、入院処遇決定時の対象行為は静的な要因であり、診断分類もそれ自体は見直されることはあっても治療によって変更されるものではない。治療の焦点を当てることを念頭に置くなれば、共通評価項目や、前章に示したICFの下位項目の予測力を重視した方が実際的である。とはいえ、RNR原則²⁾に則ってリスクの高い対象者への治療密度の強化を考えるなら、静的なリスク要因も念頭に置くことが求められる。

3ヶ年に渡る本研究は、共通評価項目の信

頼性と妥当性の検証に伴って、医療観察法医療における動的要因の評価を行うことができた。一方で、医療観察法に関わる他の研究も各種の静的要因について問題事象への関連は十分調べられていない。医療観察法医療をエビデンスに基づいたものにするため、エビデンスを蓄積するため、今後は静的な要因についても多様な角度から検証を進めていくことが求められる。

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) Andrews, D. A., Bonta, J., & Hoge, R. D. :
Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology. *Criminal Justice and Behavior*, 17, 19-52,1990.

		強盗	殺人	殺人未遂	傷害	性暴力	放火	合計
何らかの	なし	9	61	45	112	17	71	315
暴力	有	5	3	14	17	4	12	55
合計		14	64	59	129	21	83	370

表 8 6 カテゴリに絞った対象行為種別ごとの何らかの暴力の発生件数：期待度数

		強盗	殺人	殺人未遂	傷害	性暴力	放火
何らかの	なし	11.919	54.486	50.230	109.824	17.878	70.662
暴力	有	2.081	9.514	8.770	19.176	3.122	12.338

表 9 6 カテゴリに絞った対象行為種別ごとの何らかの暴力の発生件数：調整済み標準化残差(両側 P 値)

		強盗	殺人	殺人未遂	傷害	性暴力	放火
何らかの	なし	0.025	0.012	0.037	0.505	0.579	0.906
暴力	有	0.025	0.012	0.037	0.505	0.579	0.906

表 10 通院移行時の居住地による何らかの問題行動の差 クロス集計表

		家族同居	施設入所	単身	入院	合計
何らかの	なし	79	90	65	49	283
問題行動	有	22	30	19	17	88
合計		101	120	84	66	371
		78.2%	75.0%	77.4%	74.2%	76.3%
		21.8%	25.0%	22.6%	25.8%	23.7%
		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

表 11 通院移行時の居住地による何らかの問題行動の差 期待度数

		家族同居	施設入所	単身	入院
何らかの	なし	77.04	91.54	64.08	50.35
問題行動	有	23.96	28.46	19.92	15.65

表 12 通院移行時の居住地による何らかの問題行動の差 カイ二乗検定

手法	カイ二乗	自由度	P 値	判定
Pearson	0.5260	3	0.913	

カイ二乗検定 **:1%有意 *:5%有意

表 13 5 カテゴリに絞った診断分類ごとの何らかの問題行動の発生件数

		診断分類					合計
		F1計	F2のみ	F3計	F7計	F8計	
何らかの	なし	20	200	15	24	8	267
問題行動	有	13	54	1	13	2	83
合計		33	254	16	37	10	350

表 14 5 カテゴリに絞った診断分類ごとの何らかの問題行動の発生件数：期待度数

	診断分類				
	F1計	F2のみ	F3計	F7計	F8計
何らかの なし	25.174	193.766	12.206	28.226	7.629
問題行動 有	7.826	60.234	3.794	8.774	2.371

表 15 5 カテゴリに絞った診断分類ごとの何らかの暴力の発生件数：調整済み標準化残差（両側 P 値）

	診断分類				
	F1計	F2のみ	F3計	F7計	F8計
何らかの なし	0.026	0.079	0.093	0.084	0.779
問題行動 有	0.026	0.079	0.093	0.084	0.779

表 16 6 カテゴリに絞った対象行為種別ごとの何らかの問題行動の発生件数

	強盗	殺人	殺人未遂	傷害	性暴力	放火	合計
	何らかの なし	7	57	42	95	17	
問題行動 有	7	7	17	34	4	18	87
合計	14	64	59	129	21	83	370

表 17 6 カテゴリに絞った対象行為種別ごとの何らかの問題行動の発生件数：期待度数

	強盗	殺人	殺人未遂	傷害	性暴力	放火
	何らかの なし	10.708	48.951	45.127	98.668	16.062
問題行動 有	3.292	15.049	13.873	30.332	4.938	19.516

表 18 6 カテゴリに絞った対象行為種別ごとの何らかの問題行動の発生件数：調整済み標準化残差（両側 P 値）

	強盗	殺人	殺人未遂	傷害	性暴力	放火
	何らかの なし	0.017	0.009	0.295	0.345	0.619
問題行動 有	0.017	0.009	0.295	0.345	0.619	0.656

健康危険情報

なし

研究発表

a. 論文発表

○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.

○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,2014;9,22-29.

○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

○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、横浜市、2013年8月27日.

○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、横浜市、2013年8月27日.

○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.

○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、横浜市、2014年8月26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と妥当性に関する研究（17）～退院後の問題行動の予測. 日本心理臨床学会、横浜市、2014年8月26日.

○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

○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

○西村大樹、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（20）～入院中の暴力の予測. 日本心理臨床学会、横浜市、2014年8月26日.

○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（22）～通院処遇への移行までの期間の予測. 日本心理臨床学会、横浜市、2014年8月26日.

○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（23）～通院移行後の暴力予測モデルの探索. 司法精神医学会、那覇市、2014年5月17日

○西村大樹、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（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

○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、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	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
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	9	22-29	2014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

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

野村照幸 #5

Teruyuki Nomura

朝波千尋 #9

Chihiro Asanami

高橋 昇 #2

Noboru Takahashi

古村 健 #6

Takeshi Furumura

宮田純平 #3

Junpei Miyata

西村大樹 #3

Hiroki Nishimura

箕浦由香 #7

Yuka Minoura

砥上恭子 #4

Kyoko Togami

前上里泰史 #8

Yasufumi Maeuesato

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潟 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の評価するというGAFの特性から、共通評価項目において精神症状とかわかる項目(「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ことが目的のため、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には削除し、データの受け渡しにはデータの暗号化を行った。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。

評定時期、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、これらの項目の取束妥当性の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、対象者の周囲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が、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、次回にて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