

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

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

関は  $r=0.34$  と小さいが、評価基準では「寝る場所が散らかっている。台所や共用場所を散らかったままにする。自分で片づけられない。掃除、洗濯やゴミの分別ができない」<sup>8)</sup>と調理以外の家事も多く含み、ICF の「調理以外の家事」との相関は  $r=0.42$  と十分な値を示している。表 4 の GAF 尺度との相関は低い、ICF との相関はこの項目の収束妥当性の傍証といえる。

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

表 7 「生活能力」の小項目と ICF 「活動と参加」項目との相関 (2)

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

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

表 8 「生活能力」の小項目と ICF 「活動と参加」項目との相関 (3)

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

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

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

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

思われる。

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

「6) 社会資源の利用」は「交通機関など公共機関を適切に利用できない, 必要な物品の入手ができない」ということが評価基準に含まれ<sup>8)</sup>, ICF の「活動と参加」項目では d470 「交通機関や手段の利用」と d860 「基本的な経済的取引」とを

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

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

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

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

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

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

#### d. ICFの環境因子の5項目と「個人的支援」「コミュニティ要因」

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

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

## 5. 結語

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

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

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

表10 「個人的支援」「コミュニティ要因」とICF環境因子項目との相関

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

\*\* $p<0.01$

項目の多くがICF項目との相関から収束妥当性の示唆を得られた。本研究は共通評価項目の信頼性・妥当性を検証する一連の研究の1つであり、本研究の結果を踏まえてさらなる妥当性の検証へと進めていきたい。

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

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

注釈 \* 1 2008年4月1日～2009年3月31日の間に医療観察法の入院決定を受けた対象者は全国で243人であり、本研究のサンプルは全数の90%に当たる。2009年3月31日時点の指定入院医療機関数は19であるが、データ収集は2010年10月1日時点で行っており、転入院を受け入れていれば2010年10月1日時点の指定入院医療機関25施設で対象者を受け入れている可能性がある（うち2施設は該当事例がない旨連絡を受けた）。

- 文献
- 1) Douglas KS, Ogloff JRP, Hart S: Evaluation of a Model of Risk Assessment Among Forensic Psychiatric Patients. *Psychiatric Services* 54: 1372-1379, 2003
  - 2) 高橋 昇, 壁屋康洋, 西村大樹, 砥上恭子ほか: 共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究(1) 評定者間一致度の検証. *司法精神医学* 7: 23-31, 2012
  - 3) SKETCH 研究会 統計分科会: 臨床データの信頼性と妥当性, サイエンティスト社, 東京, 2005
  - 4) 壁屋康洋, 高橋 昇: 共通評価項目の信頼性・妥当性に関する研究(2)～2010年7月15日現在の入院対象者の記述統計値. 平成22年度厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業(精神障害分野) 分担研究報告書.
  - 5) 高橋 昇, 壁屋康洋, 砥上恭子, 西村大樹: 共通評価項目の信頼性・妥当性に関する研究(4) 一項目反応理論による分析一. 第7回日本司法精神医学会大会 抄録集: 48, 2011
  - 6) American Psychiatric Association: DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル, 医学書院, 東京, 2002
  - 7) 世界保健機関(WHO): ICF 国際生活機能分類—国際障害分類改訂版—, 中央法規出版, 東京, 2002
  - 8) 厚生労働省: 医療観察法入院処遇ガイドライン, 2005

# 共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究 (7)<sup>\*1</sup> —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

A study on reliability and validity of the Common Evaluation Items for Risk Management (CER-17). (7) Investigations of predictive validity through admission periods and relevance to readmission or problematic behaviors after discharge

西村大樹 #1  
Hiroki Nishimura

壁屋康洋 #2  
Yasuhiro Kabeya

砥上恭子 #3  
Kyoko Togami

高橋 昇 #4  
Noboru Takahashi

**Summary** 本研究では、医療観察法において継続的に用いられている共通評価項目の予測妥当性を検証するために、初回入院継続時の共通評価項目と入院期間の関連、さらに、退院時の共通評価項目と退院後の精神保健福祉法での入院および問題行動との関連を検討した。その結果、「精神病性症状」「非精神病性症状」「内省・洞察」「個人的支援」「現実的計画」が入院期間の長期化と関連していた。また、「共感性」と「非社会性」が退院後の問題行動と関連していた。これらの結果は予測妥当性の傍証と考えられた。入院の長期化を予測した項目と退院後の問題行動を予測した項目が異なっていたことは、興味深い結果であった。今後は、さらに予測妥当性の検証を進めるために、N数を増やし、追跡期間も延長し、Cox 回帰分析や重回帰分析などの多変量解析を行う必要がある。

**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)

## 1. 研究の目的

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。これまでの研究で、信頼性の検討として評定者間信頼性の評価を行った<sup>1)</sup>。また各項目の妥当性の検討としては治療ステージと共通評価項目の評点との関係の検討<sup>2)</sup>、因子分析<sup>3)</sup>、項目反応理論<sup>4)</sup>による構成概念妥当性の検討、GAFおよび

ICF との相関分析による収束妥当性の検討<sup>5)</sup>を行ってきたが、予測妥当性は検証できていない。

医療観察法の目的の一つは対象者の社会復帰である。再他害行為を起こすことなく社会復帰を促進するためにはリスクの評価は重要であり、それは治療のニーズになると考えられる。共通評価項目はリスクアセスメントを意図して作成されていないものの、多職種の共通言語として利用され、治療のニーズを抽出するためのツールであるのならば、リスクファクターとなりうる要因を評価できることは重要である。その意味で、予測妥当性

#1 地方独立行政法人 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

#2 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

#3 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

#4 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

受付日: 2013 年 9 月 24 日 受理日: 2013 年 11 月 8 日

1881-0330/14/¥500/論文 JCOPY

を検証することは意義があると思われる。

そこで本研究では、初回入院継続時共通評価項目と入院期間との関連を検討し（研究1）、さらに退院時共通評価項目と医療観察法入院医療機関退院後の精神保健福祉法での入院、および退院後の問題行動<sup>\*2</sup>との関連を検討すること（研究2）により、予測妥当性の検証を推し進めることを目的とする。

## 2. 方法

### a. 対象

研究には、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、そのうち研究協力が得られ、データの収集ができた19の指定入院医療機関の対象者のデータを用いた。入院中の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、退院後の追跡調査は指定通院医療機関に調査票を送付して協力を求めた。

研究1では195人のデータを対象に解析を行った。研究2では2010年10月1日までに退院して通院処遇となった対象者のデータを用いた。収集されたN数は、以下に記す退院後の問題行動についての解析では81人、精神保健福祉法の入院の解析では医療観察法病棟退院直後の精神保健福祉法の入院事例を除いたために64人となった。なお、医療観察法病棟退院直後に精神保健福祉法での入院があった事例を除いたのは、外泊訓練や退院後の支援体制の最終調整、指定通院医療機関スタッフとの関係作りのために、いったん短期間の精神保健福祉法で入院を経る事例があり、①医療観察法病棟退院直後の精神保健福祉法入院と、通院中に生じた精神保健福祉法入院とは性質が異なるため、および②医療観察法病棟退院直後の精神保健福祉法入院から退院した後の再入院と、通院処遇の最初から外来通院している事例の入院とを同質とみなすこともできないと考えられたためである。

### b. 解析方法

研究1では、2010年10月1日時点で、退院ま

での期間が2年以上を要した者9人と2年以上入院を続けている者38人を長期化群（47人）、2年以内に退院まで至った標準群（92人）とし（表1）、全サンプル195人のうち、2年以内で入院が継続している者56人は解析から除外した。長期化群と標準群の基本情報、初回入院継続時共通評価項目の得点を $\chi^2$ 検定と $t$ 検定にて比較した。また、長期化群を予測する項目を抽出するために、ロジスティック回帰分析（変数減少法）を行った。

研究2では、まず医療観察法病棟退院後の精神保健福祉法の入院と、退院申請時の共通評価項目の評定との関連を検討するため、通院処遇開始時に精神保健福祉法入院を行った事例を除き、退院後の精神保健福祉法の入院あり群10人と、精神保健福祉法入院なし群54人の2群に分け、退院申請時の共通評価項目の各項目の評定を $t$ （Welch）検定にて検討した。 $t$ （Welch）検定を採用したのは、各群の人数や分散が大きく異なったためである。

次に退院後の問題行動あり群と、退院後の問題行動なし群の2群に分け、退院申請時の共通評価項目の各項目の評定を $t$ （Welch）検定にて検討した。退院後の問題行動については、「自傷・自殺企図」「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」「アルコール・物質関連問題」の6項目について指定通院医療機関に問い合わせた。その結果、退院後の「自傷・自殺企図」が4件、「性的な暴力」が0件、「身体的な暴力」が1件、「非身体的な暴力」が4件、「医療への不遵守」が4件、「アルコール・物質関連問題」が4件で、それぞれ単独で群間比較するにはNが少ないため、「自傷・自殺企図」を除いた他のいずれかの問題行動のあった群と、なかった群との2群比較という形をとった。なお、「自傷・自殺企図」を今回の解析から除いたのは、攻撃が

表1 長期化群と標準群の入院継続日数

	標準群 (N=92)	長期化群 (N=47)
中央値	531.00	812.00
平均値	501.93	814.43
分散	22,481.20	3,357.16
最小値	46.00	731.00
最大値	729.00	921.00

自分自身に向かうという点で他の問題行動と質的に異なると判断したためである。ただし、「自傷・自殺企図」のあった4人の対象者のうち、2人はそれぞれ「身体的な暴力」と「医療への不遵守」が該当したため解析に含まれている。「自傷・自殺企図」を除いた上記5種の問題行動のうち、1人は2種が、1人は3種が重複している対象者がおり、各群のNは問題行動あり群=10人、なし群=71人となった。本来は予測妥当性の研究としてはCox回帰や重回帰分析を行うことが考慮されるべきであるが、共通評価項目の項目数に比べてNが少ないため、今回は*t* (Welch) 検定による群間比較にとどめた。

統計解析には、PASW Statistics 18とエクセル統計2010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削除し、データの受け渡しにはデータの暗号化を行った。退院後の追跡調査は対象者の入院していた指定入院医療機関から通院先

の指定通院医療機関に行い、各指定通院医療機関においてデータを連結させた後に研究代表者に送付した。よってデータ集約前の各指定入院医療機関の研究協力者の時点には連結可能となるが、研究代表者にデータが集約された時点では連結不可能匿名化となる。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。

## 3. 結果

### a. 研究1

#### 1. 長期化群と標準群との初回入院継続時共通評価項目の比較

長期化群と標準群の間の初回入院継続時共通評価項目の比較を*t*検定にて行った結果(中項目)を表2に示す。中項目では、長期化群は標準群に比べ「精神病性症状」「非精神病性症状」「内省・洞察」「個人的支援」「現実的計画」の得点が有意に高かった(「精神病性症状」: $t=-3.11, p=0.00$ ,

表2 長期化群と標準群の初回入院継続時共通評価項目(中項目)の比較結果

初回入院継続時共通評価項目	標準群 (N=92)		長期化群 (N=47)		<i>t</i>	<i>p</i>
	mean	SD	mean	SD		
精神病性症状	1.25	0.79	1.64	0.61	-3.11	0.00
非精神病性症状	1.40	0.70	1.68	0.56	-2.48	0.01
自殺企図	0.25	0.56	0.17	0.48	0.81	0.42
内省・洞察	1.49	0.60	1.79	0.41	-3.34	0.00
生活能力	1.53	0.64	1.57	0.65	-0.42	0.68
衝動コントロール	0.85	0.81	1.06	0.89	-1.38	0.17
共感性	0.84	0.58	0.89	0.56	-0.53	0.60
非社会性	0.40	0.70	0.55	0.80	-1.12	0.26
対人暴力	0.45	0.79	0.51	0.88	-0.40	0.69
個人的支援	0.94	0.68	1.19	0.58	-2.14	0.03
コミュニティ要因	1.68	0.55	1.66	0.48	0.16	0.87
ストレス	1.44	0.57	1.62	0.53	-1.75	0.08
物質乱用	0.43	0.73	0.32	0.63	0.83	0.41
現実的計画	1.90	0.44	2.00	0.00	-2.04	0.04
コンプライアンス	1.11	0.60	1.15	0.51	-0.35	0.73
治療効果	0.86	0.47	0.94	0.25	-1.16	0.25
治療ケアの継続性	1.90	0.44	1.96	0.20	-0.84	0.40

「非精神病性症状」： $t=-2.48, p=0.01$ , 「内省・洞察」： $t=-3.34, p=0.00$ , 「個人的支援」： $t=-2.14, p=0.03$ , 「現実的計画」： $t=-2.04, p=0.04$ ).

小項目では、長期化群は標準群に比べ、「精神病性症状」の小項目「3) 概念の統合障害」「内省・洞察」の小項目「1) 対象行為への内省」「4) 対象行為の要因の理解」の得点が有意に高かった（「3) 概念の統合障害」： $t=-2.42, p=0.02$ , 「1) 対象行為への内省」： $t=-2.37, p=0.02$ , 「4) 対象行為の要因の理解」： $t=-2.98, p=0.00$ ).

## 2. 長期化群を予測する初回入院継続時共通評価項目

初回入院継続時共通評価項目の中項目を説明変数、長期化群と標準群を目的変数としたロジスティック回帰分析（変数減少法）を行ったところ、「精神病性症状」と「内省・洞察」が長期化群の予測要因として抽出された（「精神病性症状」： $\beta=0.58, p=0.05, OR=1.78$ , 「内省・洞察」： $\beta=0.91, p=0.03, OR=2.47$ ).

## b. 研究2

### 1. 精神保健福祉法の入院あり群と入院なし群との比較

退院後の精神保健福祉法の入院あり群10人と入院なし群54人との2群での退院申請時の共通評価項目（中項目）の比較を  $t$  (Welch) 検定にて行った（表3）。入院あり群と入院なし群との間に有意差が見られたのは「自殺企図」のみである。「自殺企図」の項目は入院あり群10人が全員0点であり、入院なし群のほうが有意に高くなった ( $t=2.63, p=0.01$ )。他の中項目では有意差は見られなかった。共通評価項目は17中項目と61小項目とで構成されているが、統計的な検証の途上にあり、合計点が意味するものが明らかでないために合計点を算出しないようにルール化している。しかしながら、本研究では合計点の意味を検討するために中項目を合計した値についても群間比較を行ったところ、17項目の合計点でも有意差は認められなかった。

退院後の精神保健福祉法の入院あり群と入院なし群との2群での退院申請時の各小項目の比較を

表3 退院後の精神保健福祉法入院あり群となし群の退院申請時共通評価項目（中項目）の比較結果

退院申請時共通評価項目	入院あり群 (n=10)		入院なし群 (n=71)		t	p
	mean	SD	mean	SD		
精神病性症状	0.60	0.52	0.81	0.83	0.79	0.43
非精神病性症状	1.00	0.67	1.09	0.73	0.37	0.71
自殺企図	0.00	0.00	0.17	0.47	2.63	0.01
内省・洞察	0.60	0.52	0.87	0.67	1.20	0.23
生活能力	1.00	0.47	1.11	0.60	0.55	0.58
衝動コントロール	0.50	0.71	0.46	0.64	0.17	0.87
共感性	0.60	0.70	0.57	0.57	0.13	0.90
非社会性	0.40	0.70	0.07	0.33	1.44	0.18
対人暴力	0.00	0.00	0.11	0.42	1.94	0.06
個人的支援	0.40	0.52	0.76	0.67	1.60	0.11
コミュニティ要因	0.60	0.52	0.43	0.66	0.79	0.43
ストレス	1.30	0.48	1.20	0.49	0.57	0.57
物質乱用	0.60	0.84	0.28	0.56	1.53	0.13
現実的計画	0.90	0.74	1.00	0.70	0.41	0.68
コンプライアンス	0.70	0.48	0.56	0.57	0.75	0.46
治療効果	0.50	0.53	0.56	0.50	0.32	0.75
治療ケアの継続性	0.80	0.42	1.04	0.64	1.12	0.27

*t* (Welch) 検定にて行った。その結果、有意差が見られた小項目のなかで、「生活能力 1) 生活リズム」は入院あり群 (mean=0.70) のほうが入院なし群 (mean=0.22) に比べ、有意に評点が高かった ( $t=2.78, p=0.01$ )。一方で、入院なし群のほうが有意に評点が高くなったのは「精神病性症状 6) 誇大性」( $t=2.44, p=0.02$ )、「非精神病性症状 6) 罪悪感」( $t=2.89, p=0.01$ )、「衝動コントロール 5) 怒りの感情の行動化」( $t=2.44, p=0.02$ )であり、これらの項目は入院あり群 10 人が全員 0 点であった。

## 2. 退院後の問題行動あり群と問題行動なし群との比較

医療観察法指定入院医療機関退院後、通院処遇中の「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」「アルコール・物質関連問題」のいずれかの問題行動があった群 10 人と、それらの問題行動のなかった群 71 人との 2 群について、退院申請時の共通評価項目の各中項目の比較を *t* (Welch) 検定にて行った (表 4)。中項目

で問題行動あり群と問題行動なし群との間に有意差が見られたのは「自殺企図」「共感性」「非社会性」の 3 項目である。「自殺企図」の項目は問題行動あり群 10 人が全員 0 点であり、問題行動なし群のほうが有意に高くなった ( $t=2.59, p=0.01$ )。「共感性」の項目では問題行動なし群 (mean=0.49) よりも問題行動あり群 (mean=0.90) のほうが有意に「共感性」の評点が高かった ( $t=2.08, p=0.04$ )。「非社会性」の項目では問題行動なし群 (mean=0.06) よりも問題行動あり群 (mean=0.70) のほうが有意に「非社会性」の評点が高かった ( $t=2.45, p=0.04$ )。また 17 項目の合計点を比較すると、問題行動なし群 (mean=9.43) よりも問題行動あり群 (mean=12.90) のほうが有意に 17 項目の合計点が高かった ( $t=2.32, p=0.02$ )。

退院後の問題行動あり群と問題行動なし群との 2 群での退院申請時の各小項目の比較を *t* (Welch) 検定にて行った。その結果、有意差が見られた小項目のなかで、「治療・ケアの継続性 4) セルフモニタリング」は問題行動あり群 (mean=1.20) のほうが問題行動なし群 (mean=0.68) に比べ、

表 4 退院後の問題行動あり群となし群の退院申請時共通評価項目 (中項目) の比較結果

退院時申請共通評価項目	問題行動あり群 (N=10)		問題行動なし群 (N=71)		<i>t</i>	<i>p</i>
	mean	SD	mean	SD		
精神病性症状	0.80	0.63	0.76	0.75	0.16	0.87
非精神病性症状	1.20	0.79	1.01	0.73	0.75	0.46
自殺企図	0.00	0.00	0.13	0.41	2.59	0.01
内省・洞察	1.10	0.74	0.77	0.64	1.48	0.14
生活能力	1.30	0.48	1.06	0.61	1.21	0.23
衝動コントロール	0.80	0.92	0.39	0.57	1.36	0.20
共感性	0.90	0.74	0.49	0.56	2.08	0.04
非社会性	0.70	0.82	0.06	0.29	2.45	0.04
対人暴力	0.20	0.42	0.07	0.35	1.07	0.29
個人的支援	0.80	0.92	0.73	0.63	0.30	0.77
コミュニティ要因	0.80	0.63	0.46	0.61	1.63	0.11
ストレス	1.40	0.52	1.17	0.45	1.50	0.14
物質乱用	0.60	0.84	0.30	0.54	1.11	0.29
現実的計画	0.70	0.67	1.03	0.72	1.36	0.18
コンプライアンス	0.90	0.32	0.55	0.56	1.95	0.06
治療効果	0.70	0.48	0.58	0.50	0.73	0.47
治療ケアの継続性	1.20	0.63	0.94	0.63	1.20	0.23

有意に評点が高かった ( $t = 2.55, p=0.01$ ). 一方で、問題行動なし群のほうが有意に評点が高かったのは「精神病性症状 4) 精神病的しぐさ」( $t = 2.85, p=0.01$ )であり、この小項目は問題行動あり群 10 人が全員 0 点であった。

## 4. 考察

本研究の目的は、共通評価項目の予測妥当性の検証を行うために、初回入院継続時共通評価項目と治療経過との関連(研究1)、退院時共通評価項目と医療観察法入院医療機関退院後の精神保健福祉法での入院、および退院後の問題行動との関連を検討すること(研究2)であった。

### a. 研究1

初回入院継続時共通評価項目と入院期間の関連を検討したところ、入院期間が長期化した群は2年以内に退院まで至った群に比べ、入院後6か月の時点で、「精神病性症状」「非精神病性症状」「内省・洞察」「個人的支援」「現実的計画」の得点が有意に高いことが明らかとなった。特に、「精神病性症状」と「内省・洞察」の得点の高さが入院の長期化を予測する要因であることも明らかとなった。さらに、小項目の検討からは、長期化群は「精神病性症状 3) 概念の統合障害」「内省・洞察 1) 対象行為への内省」「内省・洞察 4) 対象行為の要因の理解」の得点が高いことが明らかとなった。なかなか症状(精神病性症状、非精神病性症状)が落ち着かず、内省が深まりにくい対象者はより入院治療に長時間がかかるという今回の結果は、医療観察法医療の目的のなかに症状の改善や再被害行為の防止が含まれていることを考慮すると、妥当な結果であるといえる。これらの項目は、治療ステージが進むにつれて得点が下がることも明らかになっており<sup>2)</sup>、病状や内省の深化は、入院治療の進展の指標になっていると考えられる。また、家族からのソーシャルサポートも弱く、現実的な地域生活の見通しが立ちにくい対象者は、より地域調整に時間を要することから入院期間が長引くと考えられ、この結果も妥当であるといえる。

### b. 研究2

退院時共通評価項目の各項目の評定が、医療観察法病棟退院後の精神保健福祉法の入院と、退院後の問題行動とを予測しうるのか群間比較によって解析を行ったが、実際に有意差が認められた項目は少なく、研究2の結果から言及できることは多くはない。

医療観察法病棟退院後精神保健福祉法の入院の有無の検討では、中項目の「自殺企図」、小項目の「精神病性症状 6) 誇大性」「非精神病性症状 6) 罪悪感」「衝動コントロール 5) 怒りの感情の行動化」は、入院がない群のほうが有意に評点が高いという結果が得られた。これは医療観察法入院棟から退院した後に精神保健福祉法での入院がなかった対象者のほうが、これらの項目に関係する課題を抱えている傾向があることを示している。ただし、今回の研究では、精神保健福祉法入院があった群の対象者は、これらの項目の評定が該当する10人全員0点であったため、有意差が得られたと考えられる。一方で、小項目のなかで「生活能力 1) 生活リズム」は、入院あり群のほうがない群に比べ、有意に評点が高いという結果であったが、それ以外の項目では有意差は認められなかった。共通評価項目を医療観察法の目的である社会復帰要因を測る尺度として考えるならば、地域に滞在し続けられることは重要な効果であるが、本研究の結果からは退院申請時の共通評価項目の評定は退院後の地域滞在継続を予測しえなかった。

退院後の問題行動の有無の検討では、中項目の「自殺企図」と小項目の「精神病性症状 4) 精神病的なしぐさ」において、退院後の問題行動がない群のほうがあった群に比べ、有意に評点が高いという結果が得られた。これは退院後の問題行動がなかった対象者のほうが、これらの項目に関係する課題を抱えている傾向があることを示しているが、退院後問題行動があった群では、これらの項目の評定は全員が0点であったため、有意差が得られたと考えられる。一方で、中項目の「共感性」と「非社会性」、小項目の「治療・ケアの継続性 4) セルフモニタリング」においては、退院後問題行動があった群のほう有意に評点が高

かった。今回の研究では、退院後の問題行動の種類は限定できてはいないものの、「共感性」と「非社会性」の得点が高い、つまり、他者への共感性が低く反社会的傾向がある対象者のほうが、他害行為や物質関連問題を起こしやすいという結果は妥当であろう。また、セルフモニタリングスキルが低い対象者は自身の状態を的確にモニタリングすることができず、状態悪化や感情コントロール不良を招き、問題行動へとつながっていると考えられる。しかしながら、今回の研究では、それ以外の項目では有意な関連は認められず、退院後の問題行動を予測できた項目は少なかった。

### C. 総合考察

本研究でも最も興味深かった結果は、医療観察法医療が退院後の問題行動の防止を主眼としているにもかかわらず、入院の長期化の予測に関連していた項目と退院後の問題行動の予測に関連していた項目が異なっていたことである。研究1で、医療観察法入院期間の長期化と関連する項目として、初回入院継続時の「精神病性症状」「非精神病性症状」「内省・洞察」「個人的支援」「現実的計画」が抽出されたが、退院時のこれらの項目の得点の高さはいずれも退院後の精神保健福祉法入院の有無や問題行動の有無とは関連が見られなかった。退院後の問題行動で群間差が見られた項目は「共感性」と「非社会性」であった。「精神病性症状」や「内省・洞察」などは医療観察法入院医療ではトピックになりやすい項目であり、症状がなかなか落ち着かなかつたり、内省が深まりにくい事例では入院が長期化すると考えられるが、一方で今回の結果からは、退院後の問題行動と関連がない評価で入院が長引いているともいえる。ただし、入院治療によって精神病性症状が回復し内省が深化した結果、退院後の問題行動と関連がなかったとも考えられ、本研究の結果からは、これらの要因への介入が問題行動の予防にとって意味がないと結論づけることはできない。症状や内省の程度と問題行動との関係については、共通評価項目の予測妥当性を検証した今回の結果だけでははっきりした結論は出せないため、今後も引き続き検討が必要である。しかしながら、今回の結果から、リスクアセスメントや退院後の問題行

動の予防を考える際には、「共感性」と「非社会性」といった変化しにくいパーソナリティ要因に注目する重要性は示唆された。また17項目の合計点が退院後の問題行動あり群において問題行動なし群よりも評定が高くなった点からは、現在までのところその意味が明らかにできていない合計点が、将来の問題行動の予測にかかわっている可能性がうかがわれた。

本研究では、上記のような興味深い示唆が得られたものの、問題点もあげられる。まずN数の問題がある。共通評価項目は2008年4月1日付で改訂しており、それ以前のデータは解析に使えないため、本研究では2008年4月1日から2009年3月31日までの1年間を対象のエントリー期間とし、1年半のフォロー期間において2010年10月1日付で追跡調査を行っている。その結果N数は精神保健福祉法あり群、退院後の問題行動あり群がいずれも10人と少なく、群間比較に耐えうるギリギリの数となっている。その結果、問題行動や精神保健福祉法入院があった群全員が評定0点のために、問題行動や精神保健福祉法入院のなかった群のほうが評定が有意に高いという結果が生じた。これらの結果についてはN数が少ないことによる影響が少なからず出ていると考えられる。また、退院後の問題行動についても、本研究では「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」「アルコール・物質関連問題」の5項目のいずれかが認められた対象者を、問題行動あり群として検討した。各問題行動について関連する共通評価項目の下位項目が異なることは十分に考えられ、今回はN数の関係で精緻な検討はできなかった。さらに、「自傷・自殺企図」の有無と共通評価項目の関連も検討できていない。これらの問題を克服するためにも、今後はN数を増やし、また追跡期間を延長し、Cox回帰分析や重回帰分析などの多変量解析を用いて予測妥当性の再検証が必要である。

### 5. 結語

本研究では、共通評価項目の予測妥当性を検証するために、共通評価項目と入院期間、退院後の精神保健福祉法での入院および問題行動との関連

を検討した。「精神病性症状」「非精神病性症状」「内省・洞察」「個人的支援」「現実的計画」が入院期間の長期化と関連していた。一方で、「共感性」と「非社会性」が退院後の問題行動と関連していた。これらの結果は予測妥当性の傍証と考えられる。また、入院期間と関連する項目と退院後の問題行動と関連する項目が異なるという興味深い結果でもあった。今後は、さらに予測妥当性の検証を進めるために、N数を増やし、追跡期間も延長し、Cox 回帰分析や重回帰分析などの多変量解析を行う必要がある。

謝辞:本研究は、厚生労働科学研究費補助金(障害対策総合研究事業;精神障害分野)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」(研究代表者:壁屋康洋)として、全国の医療観察法指定入院医療機関の臨床心理技術者によって共同で進められたものである。日常の病棟業務に追われるなかで、データ抽出にご協力いただいた研究協力者のみなさまにこの場を借りて心から感謝申し上げます。

- 注釈
- \* 1 本論は共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究(5)として西村ら(2011)が日本心理臨床学会第30回大会に発表したもの、および共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究(7)として壁屋ら(2012)が第8回司法精神医学会大会に発表したものを合わせて考察を加えたものである。
  - \* 2 退院後の問題行動とは、精神保健福祉法入院の有無にかかわらず、通院処遇中(「入院によらない医療」の決定を受けている期間)に起こった問題行動である。問題行動の内容については方法の項にあげる。

- 文献
- 1) 高橋 昇, 壁屋康洋, 西村大樹, 砥上恭子ほか: 共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究(1) 評定者間一致度の検証. 司法精神医学 7(1): 23-31, 2012.
  - 2) 壁屋康洋, 高橋 昇, 砥上恭子, 西村大樹ほか: 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(1): 141, 2012
  - 3) 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(1): 142, 2012
  - 4) 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) -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(1): 142, 2012
  - 5) 壁屋康洋, 高橋 昇, 西村大樹, 砥上恭子ほか: 共通評価項目の信頼性と妥当性に関する研究(6) 収束妥当性の検証. 司法精神医学 8(1): 20-29, 2013

# 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ものですが、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/¥500/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か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【6】精神保健福祉法入院を予測したが、【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【4】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【3】は退院後の問題行動や暴力等を予測、【2】不安・緊張【3】は退院後の暴力と院内自殺企図を予測、【5】抑うつ【5】は精神保健福祉法入院と退院後の自傷・自殺企図を予測、【8】知的障害【8】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【9】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 ぎせない							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 い			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) 侮蔑的な言葉						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) 故意の器物破壊	$p < 0.05$	$p < 0.05$	$p < 0.05$	$p < 0.05$		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										