

## BPRS 日本語版・評価マニュアル (Ver. 1.1)

山梨県立北病院 宮田量治

## 目次

1. BPRS について	
1) BPRS とは	1
2) BPRS 日本語版	2
3) BPRS の構成	2
3-1) 評価項目	2
3-2) BPRS 評価項目の構成 (項目名・定義・重症度)	3
2. BPRS 評価概要	
1) BPRS 評価の概要	4
2) BPRS の評点法	
2-1) 評点基準	4
2-2) BPRS の今日的評点基準	5
2-3) BPRS の評価期間	6
3) BPRS 評価面接の実施方法	
3-1) 1期 (ラポールの確立) では面接の目的を説明する	7
3-2) 2期 (非指示的相互作用) では、自発的な発言や行動を引出し、非指示的な発言や質問により重症度を明らかにする	7
3-3) 3期 (直接的な質問) では、2期までに言及されなかった項目を質問する	7
3-4) BPRS 評価面接の秘訣	7
4) 面接場面ではないところの情報収集に関して	8
5) 主として言語表出にもとづく BPRS 評価項目	8
6) 主として観察にもとづく BPRS 評価項目	8
7) BPRS 評価項目ごとの詳しい解説	9
8) よくある質問	
8-1) 面接が行えない場合どうすればよいでしょうか	24
8-2) 症状なのか副作用なのか区別がつかないのですがどうすればよいでしょうか	24
8-3) 面接で患者が症状を隠している場合どうすればよいでしょうか	25
8-4) どうしても点数が決まらない場合どうすればよいでしょうか	25
9) BPRS をはじめて評価する方へ	25
3. 文献	26

## 1. BPRS について

## 1) BPRS とは

Brief Psychiatric Rating Scale は Overall と Gorham によって 1962 年に発表された症状評価尺度で、疾患を限定せずに幅広く精神症状を評価する場合に適した精神症状評価尺度です。Brief Psychiatric Rating Scale は日本語では「簡易精神症状評価尺度」と訳されますが

そう言われることは少なく一般的には英語の頭文字をとって **BPRS** と言われています。

**BPRS** は、作成当初、評価項目が 16 項目でしたが、その後 1966 年に原著者らによって「興奮」「失見当識」の 2 つが追加され 18 項目版が広く使用されるに至っております。

**BPRS** は、60 年代から約 30 年間、精神症状評価の標準的評価尺度として世界的に幅広く使用され、その途上には **BPRS** 改訂版も多数作られましたが、評価尺度の研究・開発が進み、今日では疾患特異性の高い症状評価尺度が用いられることが多くなり **BPRS** の出番はかつてほど多くはなくなっています。しかし急性期治療場面など対象疾患を限定しない調査・研究では **BPRS** が用いられることも多く包括的精神症状評価における **BPRS** の価値は衰えていないと考えられます。

**BPRS** 日本語版は、Overall と Gorham の原著を日本語訳したものであり、他の改訂版とは異なり採点方法においては採点者の臨床経験にたよるところがやや大きいのが特徴です。操作的評価基準のある改訂版 **BPRS** や PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) 評価などに比べる **BPRS** の採点基準が曖昧だとの印象があるかもしれません。そのため **BPRS** の評価には信頼性が担保されないとの批判もあります。**BPRS** は 1960 年代初頭に成立した尺度でありますから古い時代の評価方法による限界があるのは確かですが、精神症状評価法研究の発展とともに、原著者らが **BPRS** 採点について追加的な情報を発信していること、また、評価トレーニングを行えば **BPRS** 評価は高い信頼性が確保できることも確認されており今日的な使用に耐えられないものではないと考えられます。比較的短時間で網羅的な精神症状評価が行えることが **BPRS** の最大の強みとなっており臨床試験や自主研究などに **BPRS** 日本語版がよく用いられるのもそのためだと思われれます。

本マニュアルは、**BPRS** 評価者の評価の質が確保できるように、あまり知られていない **BPRS** の使用方法も含めて解説されたものです。**BPRS** 評価に際して是非ご一読ください。

## 2) **BPRS** 日本語版

1995 年に公表された **BPRS** 日本語版は、別添資料のような形式による 1 枚の評価表からなるものです。

## 3) **BPRS** の構成

### 3-1) 評価項目

**BPRS** の評価項目は 18 項目で内容としては表 1 のようになっています。

幻覚による行動、猜疑心、概念の統合障害、情動の平板化、情動的引きこもりなど統合失症に比較的特有の症状だけでなく、興奮、誇大性、抑うつ、罪責感、心気症、不安、緊張失見当識など、疾患を特定しない評価項目が比較的多く含まれていることが特徴です。

**表1. BPRSの評価項目**

1	心気症	10	敵意
2	不安	11	猜疑心
3	情動的引きこもり	12	幻覚による行動
4	概念の統合障害	13	運動減退
5	罪責感	14	非協調性
6	緊張	15	不自然な思考内容
7	街奇症と不自然な姿勢	16	情動の平板化
8	誇大性	17	興奮
9	抑うつ気分	18	失見当識

**3-2) BPRS 評価項目の構成 (項目名・定義・重症度)**

BPRS は、各評価項目とも定義にもとづいて症状なし（1点）から最重度（7点）の7段階で採点されます。点数が高いほどその症状が重いということを表しています。

表2にはBPRSの「心気症」項目が掲載されていますが「1 心気症」の隣りに記載された「現在の身体の健康状態についての・・・評価せよ。」までが定義部分となります。定義には、評価項目でどのような症状を評価するか、また評価の際どのような点に注意が必要か簡潔に記載されていますので評価者はその内容をよく理解しておくことが大切です。

心気症を例とした場合

どのような症状を評価するか？ → 現在の身体の健康状態についての関心の程度。

評価の際の注意点？ → 患者が自分の健康についてどのくらい問題と受けとめているかの程度を患者の訴えに相当する所見の有無に関わらず評価せよ。

**表2. BPRS評価項目の構成**

		なし	ごく軽度	軽度	中等度	やや重度	重度	最重度
1	心気症 現在の身体の健康状態についての関心の程度。患者が自分の健康についてどのくらい問題と受けとめているかの程度を患者の訴えに相当する所見の有無に関わらず評価せよ。	1	2	3	4	5	6	7

## 2. BPRS 評価概要

### 1) BPRS 評価の概要

BPRS を評価するためには対象者への面接が必要となります。BPRS 面接手順も規定されておりそれにそった形で評価面接を行うことが基本となります。

18 項目中唯一「敵意」の評価では、対象者が面接場面ではないところで他者にどのように振る舞っているかが評価されますので病棟の看護スタッフやご家族等の関係者への情報収集が必要となります。

### 2) BPRS の評点法

#### 2-1) 評点基準

BPRS の採点は症状なし（1点）から最重度（7点）までの1次元の症状スペクトルを想定し、対象患者の症状を割り付ける作業を行います。

BPRS の評点基準は表3のように規定されています。評価すべき症状を持つ患者集団を想定します。そのうち症状なしの集団を1点、もっとも顕著な症状がある集団を7点、平均的な程度に症状がある集団を4点と規定します。2点、3点、5点、6点については症状の程度に応じて点数を比例的に配分します。

表3. BPRSの評点基準

なし	ごく軽度	軽度	中等度	やや重度	重度	最重度
1	2	3	4	5	6	7

↑症状なしの集団

(点数を比例的に配分)

↑平均的な程度に症状がある集団

(点数を比例的に配分)

↑もっとも顕著な症状がある集団

BPRS 評点では、評価すべき症状を持つ患者集団を評価者が適切にイメージできるかどうかポイントになりますが、医師の臨床経験や勤務先の病院・病棟の患者層などによってイメージされる患者集団が異なる可能性も否定できません。陥りがちな採点上の偏りとしては以下のようなものが考えられます。

評点に際して生じうるバイアス

① 日頃 重症例ばかりみている医師 → 最重度のイメージが重度に偏りがちとなり、重症中の重症例のみを重度（6点）、ないし、最重度（7点）と評価するなど、BPRS 評点が過小評価となりやすいかもしれない。

② 日頃、初発例や軽症例ばかりみている医師 → やや重度とすべきケースでも重度、ないし、最重度と評価するなど、BPRS 評点が過大評価となりやすいかもしれない。

ただし、このようなことは理論上起こりうるかもしれませんが、入院設備のある精神科病院では重い患者だけみるとか軽い患者だけみるということは一般には起こりえないと思われるので、一般の精神科病院に勤務経験のある精神科医のイメージが他からかけ離れたものになるということはないと考えられます。担当する病棟等が患者を特にセレクトしているような場合には患者集団のイメージが偏っていないかどうかご一考された方がよいかもしれません。その方法については、以下の2-2をご参照ください。

## 2-2) BPRS の今日的評点基準

評価すべき症状を持つ患者集団の想定が適切に行えているかどうか確信がもてない場合、今日的に意味がある方法としては BPRS の7段階評点基準を PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale : 陽性・陰性症状評価尺度) の採点基準を参照して自分のイメージした患者集団を再認証する方法が有用と考えられます。

PANSS は、おもに統合失調症の症状評価のために使用される世界的な症状評価尺度ですが、PANSS 作成に際して BPRS が参照されていることは有名であり、BPRS の発展型とみる向きもあります。PANSS には BPRS の18項目がすべて内包されており、症状の重症度を7段階で採点することも BPRS と共通しています。PANSS には評価項目毎に詳しく操作的採点基準(アンカーポイント)が規定されていますが、その背後には、重症度7段階の採点に関して表4のような原則(一般的基準)があります。

**表4. PANSS評点のための一般的基準とBPRS評点基準**

評点	重症度	PANSS評点のための一般的基準	BPRSの評点基準
1点	なし	症状は存在しない	症状なしの集団
2点	ごく軽度	病理性が不確かか軽微、又は疑わしい、あるいは症状が正常範囲内の上限にある。	(比例的に配分)
3点	軽度	症状は確実に存在しているが、顕著ではなく、患者の日常的な機能にほとんど影響がない。	
4点	中等度	症状は、重大な問題を呈しているものの、その出現が散発的であったり、あるいは極端でない程度で日常的に出現していたりする。	平均的な程度に症状がある集団
5点	やや重度	症状によって日常の機能に影響があるが、完全に停止させる程のものではなく、また随意に抑制することができる。	(比例的に配分)
6点	重度	症状は頻繁に出現し、非常に破壊的なものである。直接的な管理が必要となる場合がある。	
7点	最重度	症状は患者の生活機能を根底から蝕んでいる。多くの領域において、直接的な指導と援助が必要になる。	もっとも顕著な症状がある集団

表4により、PANSS の7段階の一般的基準では、症状が確実に存在していれば3点以上、症状により日常生活にはっきりした影響があれば5点以上となることが分かります。4点とする場合の PANSS の一般的基準は、「症状は重大な問題を呈しているものの、その出現が散発的であったり、あるいは極端でない程度で日常的に出現していたりする」と記載されて

おり、3点の記載「症状は確実に存在しているが、顕著ではなく、患者の日常的な機能にほとんど影響がない。」と比較すると、4点とするためには「日常的な機能にあまり影響しない」程度の症状が「散発的に出現したり」「持続的で出現していたとしても極端なレベルではない」とすることができると考えられます。

BPRS の評点基準では単に「平均的な程度に症状がある集団」と記載されていましたが PANSS 4点の記載をたよりにすることで平均的な程度に症状をもつ患者集団をイメージしやすくなるのではないのでしょうか。BPRS 評価の際、ここに紹介した PANSS の一般的基準に縛られる必要はもちろんありませんが、多くの精神科医がこのようなあたりを平均的と考えているということをご確認いただきたいと思います。

ところで PANSS では5点以上の点数をどのように割り振っているかについても表4により確認することができます。5点の記載は「症状によって日常の機能に影響があるが、完全に停止させる程のものではなく、また随意に抑制することができる」とあり、6点では「症状は頻繁に出現し、非常に破壊的なものである。直接的な管理が必要となる場合がある」、7点では「症状は患者の生活機能を根底から蝕んでいる。多くの領域において、直接的な指導を援助が必要となる」となっています。つまり6点や7点などの重たい点が付く方というのは、単に該当する精神症状があるだけでなくその症状のために健康的な生活がほとんど成り立たない水準ということになるわけです。

身近な例を考えますと、統合失調症の方で、朝起きた時から寝るときまで絶えまなく幻聴が聞こえているという方がいらっしゃいますが、その方は、平日はショッピングモールで掃除のお仕事に就いていらっしゃいます。幻聴のことを病気の症状だと理解していて、「薬を続けていてもこの症状だけはとれませんね」などと診察場面でお話しされており、幻聴で精神的に消耗するところはあるものの生活への影響は「破壊的」とか「根底から蝕まれる」とまでは言えない印象があります。したがってこのような方は、BPRS 評価において6点、7点のような点数を付けることは難しいのではないかと思います。幻聴を体験されている方の中には、幻聴のことを本当の声だとして部屋に引きこもったり食事がとれなくなったりする方がいらっしゃいます。幻聴が散発的にしか聞こえていなかったとしても幻聴によって生活に支障を来すほどの影響が出ているわけですから、さきほどのケースに比べてあとのケースの方が重症度は高いだろうなということは誰しもが感じるころではないのでしょうか。BPRS では、もっとも顕著な症状がある集団を7点と規定していますが、顕著な症状があるということは、単に持続的に症状があるというだけでなく、症状があることにより生活に不都合が生じているという観点からの判断も求められるものだということにご注意ください。

PANSS の一般的基準を使ったこのような認証作業が適切か否かという議論もあるかもしれませんが、後発の PANSS 評価の影響力は強大なものがありまして、PANSS 評価に慣れている先生方にとっては BPRS の患者集団が PANSS 評価の操作的基準(アンカーポイント)によって豊かにイメージされるというのはごく自然なのではないのでしょうか。BPRS の評点基準が大変ゆるくこのような採点方法を許容しうるものであるということもあるのだろうと思います。

### 2-3) BPRSの評価期間

評価期間について特に記載がない場合、BPRS は最近1週間についての情報にもとづいて評価するとされています。比較的症状が安定しているケースでは1週間のうちに症状が動くことはないかもしれませんが、大きなイベントがあったあとや治療方針が変更されたときなど短期間のうちに症状が大きく変動するようなことも考えられます。

例えば、5日前までひどい幻聴体験があったケースでも最近2、3日については幻聴がほとんど

聞こえなくなったというような場合もあるでしょう。このようなケースでは1週間のうちで一番具合の悪かった5日前までの症状に注目して評価を行います。改善が見られるからと言って重症度を下方修正する必要はありません。話は少し脱線してしましますが、このようなケースでも本人がそれほど幻聴は改善していないということがしばしば認められますので面接者は念入りの質問を行うことがとても大切です。

### 3) BPRS 評価面接の実施方法

BPRS 評価面接については、Overall と Gorham の 1962 年の原著に BPRS の半構造化面接（面接の流れと想定質問が用意されている面接）が紹介されており標準的な面接には 18 分かかるとのことです。

BPRS 面接は次の 3 期から構成されており、面接の 2 期において対象者の自由な発言から症状評価に必要な情報をうまく引き出すことがポイントになっています。ここで紹介されている質問例はあくまでも例文であり実際の面接で必ず質問しなければならないというものではありません。また質問例は相手の年齢や理解度に合わせて言葉遣いを適宜変更しても構いません。

3-1) 1 期（ラポールの確立）では面接の目的を説明する。所要時間は 3 分を想定。1 期に使える質問例としては以下のようなものがある。

#### 質問例

どうしてここにいらっしゃるのですか（初回面接のみ）。

そういうことは全部、いつ頃から始まりましたか。それでどうなりましたか（初回面接のみ）

あながたいちばん困っているのは、何ですか。

ほかにも何かありますか。

3-2) 2 期（非指示的相互作用）では、自発的な発言や行動を引出し、非指示的な発言や質問により重症度を明らかにする。所要時間は 10 分を想定。

3-3) 3 期（直接的な質問）では、2 期までに言及されなかった項目を質問する。所要時間は 5 分を想定。3 期に使える質問例としては以下のようなものがある。

#### 質問例

以前、そういった症状はありましたか。最近はどうでした。

先ほど伺ったことについて、もう少し詳しく話していただけませんか。

### 3-4) BPRS 評価面接の秘訣

BPRS 面接が 18 分で終了できるかどうかは対象者から効率的に症状についての発言を聞き出せるかどうかにもよりますし、対象者の会話のスピードなどにも影響されるものです。また一般的に初対面の対象者から症状を聞き出すより日頃から関わりのある対象者（例えば担当患者）の方が面接はスムーズに行えると考えられます。BPRS 評価面接では、PANSS の評価面接のように、ことわざの意味を尋ねるような日頃の臨床場面ではまず行わないような質問は含まれておりませんので普段の治療的面接によって評価対象となるような症状はすでに把握されていることが多いと考えられます。

BPRS の面接では対象者の自由な発言から評価に必要な情報をうまく聞き出せばよいの

で面接にはかなり自由度があると考えられます。質問順も特に決まっています。ただし対象者が自分の症状を長々と話し始めたり話が脱線してしまうようなら、面接者は聞き出したいことに話の焦点がしぼられるように対象者に適宜質問を行うことも必要です。

症状をもれなく聞き出す秘訣としては、面接の際、**BPRS** を手元に置いておくことが一番ですが、聞き出すべき症状をグループとしてあらかじめ記憶しておくことも有用です。グループとしては、例えば、以下のような4グループに分けておき、面接終了時には①→②→③→④の順に聞き漏らしがないかどうか確認すればよいと思います。

**BPRS** の評価を行うためには、当初より評価項目の定義や評価方法を暗記しておく程度の理解度・熟達度が求められていることもあり、評価する症状を面接の際にいちいち参照するようなことは可能なかぎり避けたいものです。

- ①幻覚妄想（幻覚による行動、猜疑心）
- ②気分（誇大性、抑うつ・罪責感）
- ③心配ごと・考えごと（不安、心気症、不自然な思考内容）
- ④見当識（失見当識）

#### 4) 面接場面ではないところの情報収集に関して

**BPRS** では面接場面の情報をもとに評価することが基本となりますが18項目中唯一「10敵意」のみは面接状況ではないところの他者へのふるまいを評価する項目となりますので関係者への情報収集が必要となります。対象者が入院患者の場合は診療録から情報を集めることも可能ですが、担当看護師などに直接きいた方が症状の有無だけでなく程度（重症度）についても詳しく聞けると思いますので、労を惜しまずスタッフから情報を集めた方がよいでしょう。

それ以外の **BPRS** 項目では、面接により情報を集めることが基本となりますが評価に際して対象者にどんな問題があるか把握することもできるため関係者から情報を集めることには意味があると考えられます。ただし、評価に際しては **BPRS** 定義に規定されているように面接で得られた情報がもともとなることは言うまでもありません。

#### 5) 主として言語表出にもとづく **BPRS** 評価項目

**BPRS** では「主として対象者の言語表出（表出された内容）にもとづく評価項目」と「主として観察にもとづく評価項目」とがあります。このうち、主として対象者の言語表出にもとづく評価項目は9項目あり、表5に示した通りとなります。これらの9項目には1988年の報告で原著者ら（**Rhoades** と **Overall**）により対象者から回答を聞き出すための具体的な質問例が追加されています。（これについては後述いたします。）

#### 6) 主として観察にもとづく **BPRS** 評価項目

一方、主として観察にもとづく評価項目は、表6に示したような8項目があります。これらは面接者が面接中 意識的、あるいは、無意識的に観察したことを **BPRS** の定義にもとづいて評価するものであり、面接者は評価に際し特に質問を行わなくてもよいものとなります。



表5. 主として言語表出にもとづくBPRS評価項目

1	心気症	10	敵意
2	不安	11	猜疑心
3	情動的引きこもり	12	幻覚による行動
4	概念の統合障害	13	運動減退
5	罪責感	14	非協調性
6	緊張	15	不自然な思考内容
7	衝動性と不自然な姿勢	16	情動の平板化
8	誇大性	17	興奮
9	抑うつ気分	18	失見当識

表6. 主として観察にもとづくBPRS評価項目

1	心気症	10	敵意
2	不安	11	猜疑心
3	情動的引きこもり	12	幻覚による行動
4	概念の統合障害	13	運動減退
5	罪責感	14	非協調性
6	緊張	15	不自然な思考内容
7	衝動性と不自然な姿勢	16	情動の平板化
8	誇大性	17	興奮
9	抑うつ気分	18	失見当識

#### 7) BPRS 評価項目ごとの詳しい解説

ここでは、BPRS 評価項目ごとに評価のポイントを解説いたします。解説のもととした文献は、Overall と Gorham による BPRS 原著 (1962 年)、NIMH により作成された BPRS 評価の手引き (1972 年, 1975 年) の伊藤らによる邦訳・BPRS 評価の指針 (1982 年) (一部改訳)、Rhoades と Overall による報告 (1988 年) です。

## (1) 心気症

### BPRS の定義

現在の身体の健康状態についての関心の程度。患者が自分の健康についてどのくらい問題と受けとめているかの程度を患者の訴えに相当する所見の有無に関わらず評価せよ。

### 評価の指針

身体的訴えの重症度は、面接時に述べられる身体的病気、機能異常ないしはその疑いに関する訴えの数や性質にもとづいて評価する。ここでは、患者は身体的病気によって自身の健康感がどれくらい損なわれていると感じているのか、あるいは、疑っているのかを評価する。訴えに実際の器質的基礎があるかどうかは問題ではない。ただ訴えの頻度や重さのみを評価する。

### 解説

主として言語表出にもとづく評価項目です。

この評価項目は長らく「心気症」と訳されてきましたが、心気症状のみを評価する項目ではありません。この項目の英語表現は Somatic Concern であり、直訳すれば「身体についての関心や気遣い」となります。したがって原語を見れば心気症状のみを評価する項目でないことは明らかなのですが日本語訳では病的側面が強調されたものとなっているわけです。

BPRS の定義中にも「患者の訴えに相当する所見があってもなくてもよい」と明言されていますので、対象者が身体のことをどれくらい気にしているか、また、内容が適切なものか病的な域に達しているかということに注目して重症度を判断します。

「心気症」は、「身体についての関心」という切り口から対象者の訴えや症状を仮想的スペクトルにまとめたものということができると思います。PANSSの「心気症」の操作的基準(アンカーポイント)を参照すると、「身体のことを気にかけている」という訴えや思考(これは非妄想ですが、身体のことを気にしている度合いが強いほどと一般には不健康・不健全とみなされるためBPRSの加点要素となります)と「(確実な証拠がないのに)身体に病気があるとの確信(心気妄想)」の2つの成分が共存しているという立場をとっているようです(図1)。「心気症」を中等度(4点)あたりで重なり合う2つの成分として捉えると「非妄想だが重症」「妄想だが軽症」というあたりの採点がかかりスムーズになるのではないのでしょうか。

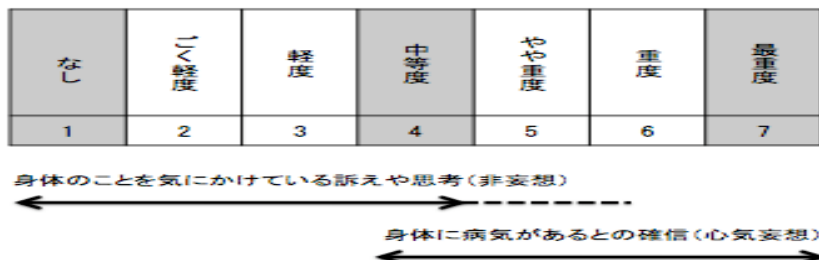
「心気症」以外では「罪責感」「猜疑心」などの評価項目でも「心気症」と同じような仮想的スペクトルを描くことができるのですがこれについては後述いたします。

### 質問例

いままで、からだの具合はどうでしたか。この一年では？

からだのことで、何か気になっていることがありますか。

図1. 心気症で評価される症状スペクトル



## (2) 不安

### BPRS の定義

現在又は未来に対する心配、恐れあるいは過剰なこだわり。患者自身の主観的体験についての言語的訴えのみに基づいて評価せよ。身体徴候や神経症的防衛機制から不安を推測してはならない。

#### 評価の指針

不安は、心配、過度のとりわれ、憂慮あるいは恐れといった主観的体験に限定された用語である。不安の程度評価は、患者の側からこのような主観的体験が報告される際の言語的反応にもとづくべきである。不安の評価に際して(この尺度に定義されているように)「緊張」の概念に含まれる身体的徴候は考慮しないことに注意する。不安の程度評価には、患者の関与から発せられるような表出の切実さや体験の強さが重要である。

#### 解説

主として言語表出にもとづく評価項目です。

この評価項目は「不安 (Anxiety)」と命名されていますが、BPRS 定義に記載されているように、不安には「心配」や「恐れ」や「過剰なこだわり」や「憂慮」などのニュアンスが含まれています。恐怖 (はつきりとした対象への恐れ) との対比でいわれるような精神病理学上の「不安 (対象の明確ではないおそれ)」に限定されたものではありません。

したがって面接者は不安のことをあまり杓子定規に扱わず「心配していることはありませんか」とか「いつも考えてしまうようなことがありますか」とか「最近自分のことや周りのことで気になっていることがありますか」のような別の言い方を工夫した方が対象者の体験している不安にうまくアクセスできることもあるでしょう。

将来の暮らしに対する不安など現代人なら誰でも抱いていても不思議はないような不安もあるかもしれません。しかしそのような不安であってもそれが本人にとってどれくらい切実な体験となっているのか、心配の程度が内容的に見合っているのかどうかを判断し重症度を決定します。妄想を背景にした不安や世界没落体験のような不安もこの評価項目で評価すべき精神症状となります。

BPRS の「不安」評価では不安にともなう身体症状 (手の震え、発汗、落ち着きなさなど) を評価対象としていないことにも注意してください。BPRS の定義にある通り不安にともなう身体症状は「緊張」で評価します。

BPRS の「不安」では身体症状を評価対象としていませんがこれは PANSS の「不安」の定義との大きな違いとなっています。PANSS では重症度の高い不安には身体症状が伴うとされており言葉で表出された不安とそれに関連した身体症状を「不安」の中で評価することが基本です。

後述の「緊張」の評価の指針の中には「心理学研究者は客観性を高めるために身体的徴候にもとづいて不安を定義することが多い」とあり、BPRS ではそのような立場をとらないことが明確に語られています。統合失調症の方が強い不安を訴えてもそれに見合った身体症状が観察されないことは少なくありませんので、不安を定義する際に身体症状の有無にこだわらないとの BPRS の立場には共感できる場所もあると思われまます。

#### 質問例

なにかほかに気になることがありますか。

長いこと、不安を感じるようなことは？

理由も分からず、不安を感じることは？

### (3) 情動的引きこもり

#### BPRS の定義

面接者と面接状況に対する交流の減少。面接状況において患者が他者との感情的接触に障害があるという印象を与える程度のみを評価せよ。

#### 評価の指針

この概念は、面接場面における患者の疎通性能力のことを限定的に定義したものであり、引きこもりのもつ運動的側面(こちらは「運動減退」において評価する)と精神・感情的側面とを(二つの側面はある程度重なり合うとは予測されるものの)区別しようとしたものである。精神医学的評点の変化を因子分析すると、いくつかの異なる分析において「一般的抑制」という因子が抽出されたが、そこには感情的抑制項目と身体的抑制項目の双方が含まれていた。「疎通性能力」の評価の基本を簡略に述べることは難しい。しかし、初期の研究ではこの特質の評価について評価者間にかなり高い一致を得ることができた。情動的引きこもりは、診察場面で患者と他の人との間に目に見えない障壁が存在するという評価者の側の感情を反映するものである。目や表情、声の調子や変わりやすさ、表出された動きのすべてを、患者のこの重要で、しかもあいまいな特質についての評価に際して考慮するべきである。

#### 解説

主として観察にもとづく評価項目です。

「情動的引きこもり」では面接者との疎通性能力が評価されるということが大切です。評価のポイントとしては、評価指針の下線部に記載されてあるような視点が大切です。つまり、対象者の眼(アイコンタクト)や表情、声の調子や変化、表出された動き(例えば顔の角度や姿勢など)などにより、面接者が対象患者との間にどれくらい感情的へだたりを感じるかによって重症度を判断します。

情動的引きこもりの判断は面接者の主観がはたらきやすいので「幻聴による行動」などの言語表出にもとづく評価項目より重症度判断は難しいと考えられます。判断が難しいと感じた場合には、この対象者が自分の友達だとしたらどうか、あるいは、隣りの人だったらどうかなど健全な他者と比較する方法が有用です。患者本位の精神科医は「情動的引きこもり」のような陰性症状をどちらかというと軽めに評価するという指摘もありますのでご注意ください。

ところで PANSS にも BPRS と同じく「情動的引きこもり」という名称の評価項目がありますが、PANSS の「情動的引きこもり」は「生活上の出来事に対する興味や関心や情動的関わりの欠如」と定義されており BPRS の「情動的引きこもり」とはまったく異なる概念となっています。PANSS には面接者と対象者の疎通性を評価する項目として「疎通性・ラポールの貧困さ」が設けられており、「対人共感性、会話の開放性が欠如しており、面接者への親近感、関心、関与がきわめて少ない。対人距離ならびに言語的および非言語的コミュニケーションの減少によって明らかになる」と定義されていますので、こちらの項目の方が BPRS の「情動的引きこもり」に相当するものと言えるでしょう。BPRS と PANSS 項目の関係については「(16) 情動の平板化」の解説中にある図 5 もご参照ください。

### (4) 概念の統合障害

#### BPRS の定義

思考過程の混乱、弛緩あるいは解体の程度。患者の言語表出の統合の程度に基づいて評価せ

よ。思考機能レベルに対する患者の自覚的印象に基づいて評価してはならない。

#### 評価の指針

概念の統合障害は、正常な思考過程の破壊を含んでおり、混乱、無関係、矛盾、まとまりのなさ、支離滅裂、障害、作話、自閉、異常な脈絡等によって示される。評価は、患者の自発的言語表現、特に面接初期の非指示的な部分に認められることの多い比較的長い一連の自発的反応にもとづくべきである。混乱や障害の程度を評価する際、陳述中の患者の表情に注意することは有益である。

#### 解説

主として観察にもとづく評価項目です。

「概念の統合障害」の定義は「思考過程の混乱、弛緩あるいは解体の程度。患者の言語表出の統合の程度」であり、難解な表現となっています。BPRS の面接でなくても会話においてはそのとき話したいことや答えるべきことがあるわけですが、思考過程(思考プロセス)が障害されると、会話が混乱したり、意味もなく脱線したり、まとまらないものになってしまい、ときには支離滅裂になったりします。

概念の統合障害は思考過程(思考プロセス)の問題を扱っているので、面接者の視点としては、対象者の思考プロセスが目的地(話したいことや質問に対して答えるべきこと)に向かって筋道立てて進んでいるかどうか面接中冷静に観察することが必要となります。

以下に示した障害なしの例では面接者の質問に対して対象者の回答がかみ合っていますが、障害ありの例では、対象者に話したいことがあるらしく面接者の質問の意図をまったく無視した会話内容となっています。

(障害なしの例)ご気分はどうですか? → 気分はあまりよくありません。みんなから嫌われているような気がしてならないんです。

(障害ありの例)ご気分はどうですか? → 赤い光のことが気になってるんです。ゆらゆらとした光。なぜ赤いかというと日本の日の丸です。

BPRS の定義中には「思考機能レベルに対する患者の自覚的印象に基づいて評価してはならない」とありますので、「自分は話し下手だから言いたいことがうまく言えないんですよ」というような対象者の自己評価によらず重症度の判断を行います。

### (5) 罪責感

#### BPRS の定義

過去の行動についての過剰なこだわり又は自責感。相応する感情を伴って語られる患者の主観的体験に基づいて評価せよ。抑うつ、不安あるいは神経症的防衛機制から罪責感を推測してはならない。

#### 評価の指針

罪責感の強さは、表出された過去の行動を後悔する表出体験の頻度や強さから判断するべきである。罪責感の強さは、このような体験を述べる際、患者が明らかにした関与の度合いを加味しなければならない。抑うつ状態や全般化した不安の徴候から罪責感を推察しないように注意すべきである。罪責感は、特定の過去の行動に関するもので、患者が現在でも悪かったと思ひ、そのときの記憶が明らかに心配の元になっているものである。

## 解説

主として言語表出にもとづく評価項目です。

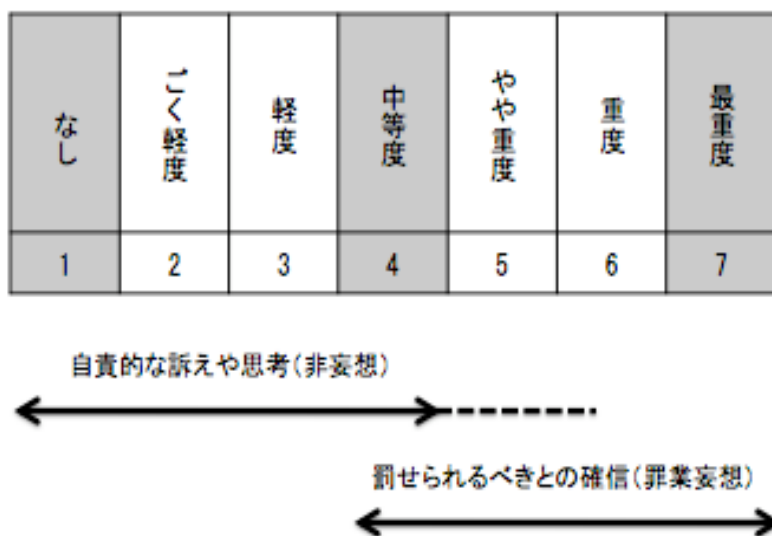
「罪責感」は、陳述内容が不合理であったりバランスを欠いていると感じられるようなものでは加点対象になり、病的な度合いが強まると妄想の域にまで達するものです。その方本来の原因帰属の傾向が自責的か他罰的かということにも影響されるかもしれません。「罪責感」はPANSSの操作的基準を参照すると「心気症」と同じような図を作成することができ、非妄想の「自責的な訴えや思考」と「他から罰せられるべきとの確信（罪業妄想）」の2つの成分が4点あたりで重なり合うようなイメージとなります。

精神科病院へ入院したことや精神科にかかったことを自責的にとらえている方が以外に多いという印象もありますので質問例以外では「入院したことで自分を責めたりしますか」などの質問も有用と考えられます。

## 質問例

過去にしたことで、罪の意識を持っていたり、恥ずかしく思っていることがありますか。  
そのことで、どれくらい、悩んでいますか。

## 図2. 罪責感で評価される症状スペクトル



## (6) 緊張

### BPRS の定義

緊張、神経過敏あるいは活動レベルの高まりによる身体と運動機能における徴候。身体徴候や行動、態度に基づいて評価すべきであり、患者の訴える緊張についての主観的体験に基づいて評価してはならない。

## 評価の指針

BPRS においては、「緊張」という概念は、身体的徴候と運動面の徴候(不安に一般に伴われる)に限定されていることに注意するべきである。緊張には、患者の主観的体験や精神状態は含まれない。心理学研究者は客観性を高めるために身体的徴候にもとづいて不安を定義することが多いが、BPRS では身体的徴候を「緊張」として、主観的体験を「不安」として、別々に評価する。不安と緊張は同時に変化しやすいが、BPRS の初期の様式を用いた研究によると、この2つの症状の重症度はある患者群では全く異なるらしいということが示されている。ある患者、特に薬物の影響下にある患者では、強い不安を訴えるものの、外見からは何らの緊張も認めることができなかった。この逆もまたしかりである。緊張の程度を評価する場合、評価者は、神経質、落ち着きなさ、振戦、(筋肉の)ひきつり、発汗、頻繁に変わる姿勢、(運動時の)過度の緊張、筋緊張亢進のような、活動レベルの異常なほどの高まりの徴候の数や性質に注意しなければならない。

## 解説

主として観察にもとづく評価項目です。

「緊張」では対象者の主観的な緊張(いま、とても緊張しています、というようなコメント)ではなく、足を頻繁に組み替えたり、いわゆる「貧乏揺すり」をしていたり、逆に緊張して身体が硬まってしまったり汗をかいていたり動きがぎこちなくなっていたりと評価の指針の下線部の記載されたような身体症状の有無や程度に注目して重症度を判定します。「不安」の定義に記載されていたように、不安に関連した身体症状は「緊張」で評価します。

緊張がきわめて高いケースでは、面接中一時も座っていられなかったり、緊張のあまり一言も言葉を発せられないことがあるかもしれません。緊張が強すぎるケースでは面接の実施が難しいと考えられます。

### (7) 街奇症と不自然な姿勢

#### BPRS の定義

奇妙で不自然な行動と態度。健常人の中では目立つようなある種の精神病者の行動と態度の類型。動作の異常のみを評価せよ。単なる運動性亢進は、この項目では評価しない。

## 評価の指針

この症状項目は、健常者の間にいると精神病者であることが分かってしまうような普通ではない、奇妙な動作を含んでいる。街奇的行動の重症度は異常な動きの性質と数によって評価する。しかし評価するのは動作の「異常さ」であり、単なる量ではない。風変わりな、遠回しの、反復的な動作、あるいは正常な協調や統合を欠いた動作などがこの尺度では評価される。長時間保持された、わざとらしい歪曲された異常な姿勢が評価される。ひそめ眉、口唇、舌、目の不自然な運動もこの項目で考慮される。チックやひきつりなどは緊張の徴候であり、街奇的行動としては評価しない。

## 解説

主として観察にもとづく評価項目です。

「街奇症と不自然な姿勢」は動作や姿勢の異常さを評価する項目ですが程度と頻度のどちらを重視するかは評価者にとって悩ましい問題だと思われます。面接中きわめて奇妙な姿勢や動きが短時間見られるケースと、中くらいの異常さの奇妙な姿勢や動きが終始見られるケースとではどちらがより重症と言えるのでしょうか。

このような判断については BPRS の定義に詳しく書かれておりませんので、「奇妙で不自

然な行動と態度。健常人の中では目立つ・・・という定義をたよりにして重症度判断を行うしかありません。

「衝動性と不自然な姿勢」の評価では遅発性ジスキネジアによる異常な運動やジストニアによる異常な姿勢などの錐体外路系副作用が評価の対象となることにもご注意ください。

## (8) 誇大性

### BPRS の定義

過大な自己評価と並はずれた才能や力を持っているとの確信。自分自身についての、又は他者との関係における自己の立場についての患者の陳述のみに基づいて評価せよ。面接状況における患者の態度に基づいて評価してはならない。

### 評価の指針

誇大性は、並みはずれた能力、力、富、重要性、あるいは優越性をもっている等の表現を含んでいる。その病的程度は、自己評価と現実のかい離の度合いによって評価する。誇大性は、面接状況における患者の言語表出にもとづいて評価するもので、患者の態度から評価してはならない。被害感の基礎に自身の優越性への言及がみられないような被害念慮、ないし根拠のない確信から誇大性を推察しないように注意すべきである。評価は、たとえ根拠のない優越性が過去にあったと主張されたとしても、現在患者がもつ意見にもとづくべきである。

### 解説

主として言語表出にもとづく評価項目です。

「誇大性」は、BPRS の「抑うつ気分」や「幻覚による行動」などと同様、精神病理症状のなかでは比較的目立つ症状なので見逃されることは少ないのではないかと思います。この評価項目では「ひとより優越感がちょっとはある」などの非妄想的思考から病的なレベルの誇大的思考ないし誇大妄想までが評価対象となり対象者の陳述内容が現実離れしているほど重症度は高くなります。

BPRS の定義で「面接状況における患者の態度に基づいて評価してはならない」と注意されているように「態度がでかいから誇大的だ」と決めつけることはもちろんですが「誇大的な態度がないから誇大性がない」と即断しないことも大切です。躁うつ病のケースでは態度と陳述内容が一致していることも少なくありませんが、誇大妄想がある統合失調症のケースでは本人の態度がひかえめだったり単に不機嫌そうに見えるだけということもあり、誇大的な陳述内容と本人の態度が釣り合っていないことも珍しくないからです。

### 質問例

あなたには、ひとにうらやましがられるような特別の才能や力がありますか。

あなたには、世界のためにしようとしている、なにか重要なことがありますか。

あなたの考え方や行動をコントロールできるひとがいますか。

## (9) 抑うつ気分

### BPRS の定義

意気消沈と悲哀。落胆の程度のみを評価せよ。いわゆる制止や身体的愁訴に基づいて抑うつ存在を推測して評価してはならない。

### 評価の指針

抑うつ気分は、うつ病の感情面だけを含めるようにする。この項目では、落胆、悲観、悲哀感、絶望、無力感、そして陰気な主題などの言い回しにもとづいて評価すべきである。表情、泣き、嘆



きやその他の気分伝達手段は考慮してかまわないが、運動減退、罪責感、心気症など、一般的にうつ病の精神的症状群と関連するものについては、抑うつ気分を評価する際、考慮してはならない。

#### 解説

主として言語表出にもとづく評価項目です。

「抑うつ気分」は、「誇大性」などと同様、陳述内容にもとづいて重症度を判断することが大切です。本人の抑うつ的な態度から抑うつ気分の有無を決めつけてはいけません。抑うつ気分があるケースでは、「罪責感」「心気症」「運動減退」など抑うつ気分と関連の深いその他の症状の有無についても質問するとよいでしょう。

#### 質問例

最近の気分は全体としてはどうでしたか。

気分がふさいだりはしませんでしたか。

そのようなことが、どれくらいありましたか。

### (10) 敵意

#### BPRS の定義

面接状況ではないところでの、他者に対する憎悪、侮辱軽蔑、好戦性あるいは尊大。他者に対する患者の感情や行動の言語的訴えのみに基づいて評価せよ。神経症的防衛機制、不安あるいは身体的愁訴から敵意を推測してはならない。(面接者に対する態度は「非協調性」の項目で評価せよ。)

#### 評価の指針

敵意は、面接状況ではないところで他者に向けて表出された憎悪、好戦性、軽蔑、憎しみ等の感情のための用語である。この症状の重症度を評価するには、評価者は、このような体験が発せられるときの切実さや感情に注意する。面接場面で面接者に向けられた敵意があれば「非協調性」で評価し、ここで定義したような「敵意」の評価には考慮しない。

#### 解説

評価に際して担当スタッフや家族などの関係者から情報収集が必要となる評価項目です。

「敵意」は他の人に向けられた憎悪、侮蔑、軽蔑、好戦性、尊大さなどを評価する項目で、面接中、面接者に向けられた憎悪や批判などは「非協調性」という別の評価項目で評価します。面接中、面接者以外に向けられた憎悪や批判については「非協調性」でも「敵意」でも評価対象とはならず、内容によっては「不自然な思考内容」や「猜疑心」(被害妄想をベースにした他者への非難など)で評価することが可能です。

敵意の対象は親や担当医などの特定の人物に限定される場合もあるでしょうし、病院スタッフ全員に向けられたり、状況誘発性に敵意が生じる場合(例えば、病棟内で談笑している人たちに向けた敵意)もあると考えられます。しかし「他者に対する」感情を評価するものであり、世の中全体への怒りの感情などは評価対象ではありません。

面接中と面接外で態度が変わるようなケースでは面接者に関して「敵意」と「非協調性」の点数が乖離することも見られます。敵意が重度であれば当該の人物に対して物理的な攻撃を行ったり周りの人と完全に没交渉になったりすることも考えられるでしょう。

BPRS の「敵意」は「非協調性」とペアにして覚えておくと評価がスムーズになります。

- 「敵意」 → 面接外における他者への反応（面接者も含まれる）  
「非協調性」 → 面接中観察される面接者への反応

## (11) 猜疑心

### BPRS の定義

現在又は以前に患者に対して他者から悪意や差別があったという(妄想的あるいは非妄想的な)確信。言語的訴えに基づいて、それが存在した時期に関わらず、現在認められる猜疑心のみを評価せよ。

### 評価の指針

猜疑心は、患者が他人から不当な扱いを受けているとの確信、他人が自分に対して不当な扱いをしようとしている、あるいは不当な扱いをしようとしていたとの確信などの広い範囲の精神的体験を言い表すために用いられる用語である。客観的な証拠が得られないため猜疑心より確信の強い「疑念」より「非難」と言った方がこの項目の特徴を言い表しているかもしれない。評価では、悪意や差別意識を持つ他人や勢力のことを患者がどれくらい責めたり非難したりするか考慮すべきである。この症状項目の病的程度は、穏やかな猜疑心から関係念慮あるいは被害妄想にまでいたるであろう。

### 解説

主として言語表出にもとづく評価項目です。

「猜疑心」では疑い深さ（非妄想）や被害念慮から被害妄想までが評価対象となり、「心気症」や「罪責感」と同様、2つの成分が4点あたりで重なり合うようなイメージとなります（図3）。

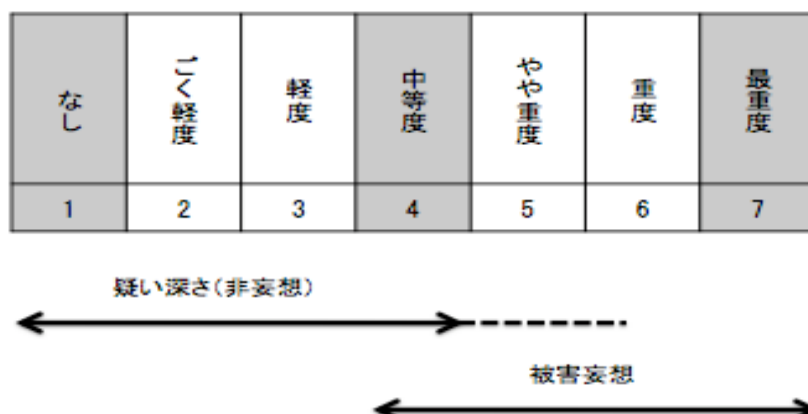
### 質問例

ほかのひとと過ごすことが、どれくらいありましたか。

最近、誰かに嫌がらせをされたりしませんでしたか。

信頼しているひとに、傷つけられるようなことがありましたか。

図3. 猜疑心で評価される症状スペクトル



### (12) 幻覚による行動

#### BPRS の定義

通常の外界の刺激に対応のない知覚。過去1週間以内に起こったと患者が訴える体験のみを評価せよ。それらの体験は健常人の思考や表象過程と明らかに区別できるものである。

#### 評価の指針

幻覚体験の評価は、表出された体験が幻覚なのか、生き生きとしたイメージに過ぎないのか、しばしば評価者の側で判断が必要になる。一般に、評価者は、表出された体験が正常な思考・表象過程から本当に逸脱していると確信しない限りは「幻覚による行動」の項を「なし」と評価すべきである。

#### 解説

主として言語表出にもとづく評価項目です。

「幻覚」は、複数の知覚領域にまたがることもありますので幻聴、幻視、その他の幻覚について確認することが大切です。重症度を判断するには、幻覚の内容や頻度だけでなく、幻覚による影響がどれくらいあるかを考慮します。

#### 質問例

何かが見えたり、声が聞こえたりするような、いつもと違った経験をしたことがありますか。それは、どれくらいありますか。最近では、いつ頃ありましたか。

### (13) 運動減退

#### BPRS の定義

緩徐な動きによって示されるエネルギー水準の低下。患者の行動観察のみに基づいて評価せよ。自己のエネルギー水準についての患者自身の自覚的印象に基づいて評価してはならない。

#### 評価の指針

運動減退は、自発的な運動性の反応が全般的に遅くなり弱まることである。運動減退の症状は、エネルギーや気力(自発的運動を正常に行うのに必要である)の不足した行動としてあらわれる。エネルギーレベルの低下に特に影響を受ける自発的運動は、大きな筋肉の動きと会話に関係したものである。「運動減退」が強まると、会話は遅く、弱々しくなり、量も少なくなる。自発的運動は、遅く、弱くそして少なくなる。

#### 解説

主として観察にもとづく評価項目です。

「運動減退」は典型的には統合失調症の意欲低下やうつ病の精神運動制止で見られるような緩徐な動きを対象とした評価項目です。身体の動きや会話のスピードが遅いほど少ないほど重症と判断されます。寡動状態のケースでは「運動減退」と「緊張」の鑑別が必要になるかもしれませんが、緊迫した雰囲気や会話のスピードなどから「緊張」との鑑別は容易だと思われる。

BPRS では「情動的引きこもり」と「運動減退」の2つの項目が引きこもりの観点から一対の概念としてとらえられており、「情動的引きこもり」は引きこもりのもつ感情的側面、「運動減退」は引きこもりのもつ運動的側面と説明されています。このような難解な精神病理学の理論についてはさておき、「情動的引きこもり」と同様、「運動減退」の評価においても BPRS の採点においては健全な他者との比較(例えば、自分の友人だとしたら、この対象者の動きや会話のスピードはどれくらい病的と言えるか)が有用ということを指摘したいと思います。

### (14) 非協調性

#### BPRS の定義

面接者に対する抵抗、非友好性、易怒性の徴候あるいは協調的態度の欠如。面接者と面接状況に対する患者の態度と反応のみに基づいて評価せよ。面接状況ではないところでの易怒性や非協調性の情報に基づいて評価してはならない。

#### 評価の指針

この項目は、面接者と面接状況に対する敵意や抵抗の徴候を表すために採用されたものである。「非協調性」は面接状況における患者の反応にもとづいて判定するが、「敵意」は面接場面以外での他者に対する敵対的感情や行動についての言語表出にもとづいて評価することに注意しなければならない。この二つを分けたのは、(面接場面では)敵対的感情への言及をしないばかりか否定さえするのに(面接場面以外では)面接者に強い敵意を抱いているような患者が時折みられるからである。

#### 解説

主として観察にもとづく評価項目です。

「非協調性」は面接中、面接者に向けられた抵抗や易怒性、協調的でない態度などを評価する項目です。「敵意」で述べたように「非協調性」と「敵意」は次のような関係となっていますのでこの2つの項目をペアにして覚えておくと評価がスムーズに行えると思います。

- 「非協調性」 → 面接中観察される面接者への反応
- 「敵意」 → 面接外における他者への反応(面接者も含まれる)

### (15) 不自然な思考内容

#### BPRS の定義

普通ではない、風変わりな、異様なあるいは奇怪な思考内容。ここでは不自然さの程度を評価し、思考過程の解体の程度を評価してはならない。

#### 評価の指針

この症状項目は、患者の言語的表現の「内容」にのみ関係するものである。すなわち、それがどれくらい普通でない奇妙な風変わりな奇怪なものであるか、ということである。妄想やパノイアの患者は、非常に率直に明瞭に整然と、奇怪で信じられないような考えを表出することもあるので注意すること。この項目では、単に内容の異常性のみを評価し、思考の統合の程度や解体の程度は評価しない。

#### 解説

主として言語表出にもとづく評価項目です。

「不自然な思考内容」は、BPRSのほかの評価項目に比べると評価すべき症状の範囲があいまいという印象があるかもしれません。定義に「普通ではない、風変わりな、異様なあるいは奇怪な思考内容」とあるように、評価対象とされるのは、妄想的思考に限定されず、他の人よりちょっと違うようなユニークな考え方や空想なども含まれます。つまり、思考の不自然さを判断するためにはその人の属する文化のなかでその思考内容が受け入れられるものかどうか判断する必要があります。異質なもの(例えば、ゲームの世界、宗教的な思考、健康食品への傾倒)を面接者がどれくらい許容するか(つまり面接者の常識)にも影響されるでしょう。面接者の常識が揺らぐような場合には対象者の思考内容が一般的に受け入れられる水準のものかどうか(その世界に通じた人に)確認してみることも必要かもしれません。

「不自然な思考内容」の重症度評価については、思考内容の不自然さがはなはだしいほど高い点数になりますが、重症度が高いケースでは思考が単にユニークなだけではなく本人が思考することにどれくらい時間を費やしているか、また、生活にどの程度の影響があるかなどの観点から症状としての重症度を判断することも必要と考えられます。

#### 質問例

何か不自然なことが続いているとか、起こりそう、ということはないですか。  
頭やからだに何か変わったことが続いているようなことは。

### (16) 情動の平板化

#### BPRS の定義

感情的緊張度の低下。正常の感受性や興味・関心の明らかな欠如。

#### 評価の指針

この症状項目は、感情的緊張度の低下やノーマルな感情・関心の明らかな欠如から判断されるものである。感情表現は、欠如していたり、無関心・無感動が著しく、感情表現を試みても、見かけだけであったり、誠実さを欠いている。

#### 解説

主として観察にもとづく評価項目です。

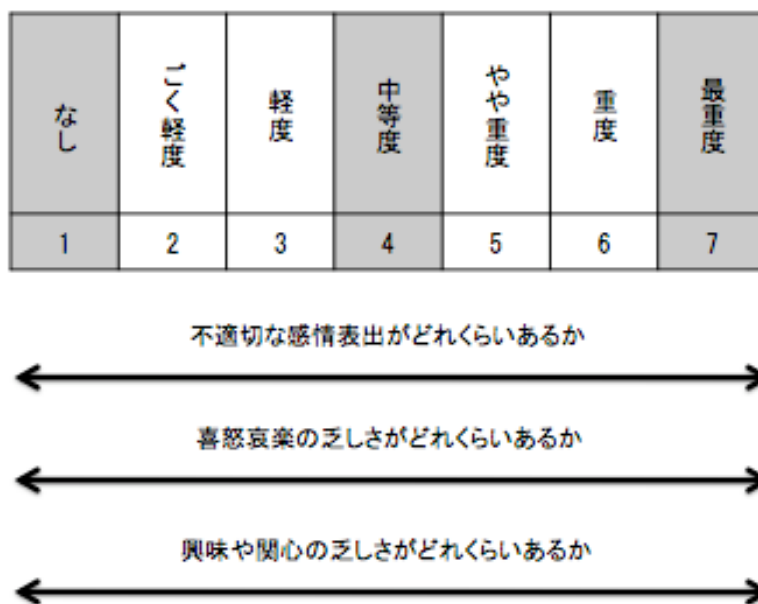
「情動の平板化」は BPRS の評価項目の中では分かりづらい概念だと思いますが、BPRS の定義中にある用語をたよりにすると、①感情の緊張度の低下、②正常の感受性の欠如、③興味や関心の欠如の3成分に切り分けられると考えられます。

BPRS の記載	評価の対象となる具体的な症状
① 感情の緊張度の低下	感情の緊張度が低下することにより、感情が不安定になったり大げさになったり不適切になったりする(感情表現が不適切になる)
② 正常の感受性の欠如	感受性が不健全なものとなり、本来あるべき豊かな感情表現が損なわれる(喜怒哀楽の表現が乏しくなる)
③ 興味や関心の欠如	周りのものごとに興味や関心がなくなる

「情動の平板化」の3成分は図4のように互いに重なり合っていると考えられます。同じ患者においてはこれら3つの重症度が大きく乖離することはないと考えられますが「感情の緊張度の低下」に比べて「興味や関心の欠如」がやや軽いというような乖離が生じる場合はあると思われます。

情動の平板化を適切に評価するために健全な他者との比較を行う方法が有用ですがこれについては「情動的引きこもり」の解説でも述べましたので該当箇所をご参照ください。

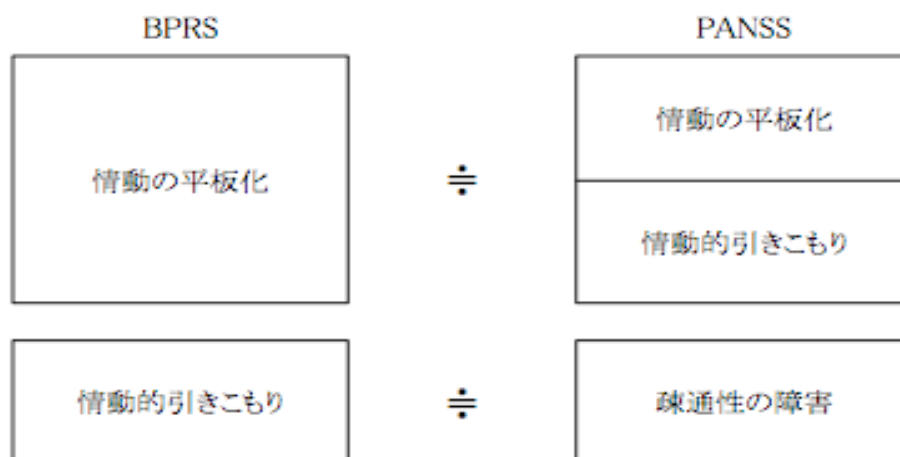
#### 図4. 情動の平板化で評価される症状スペクトル



「情動の平板化」は、PANSS 評価項目にも同じ名称の項目が含まれており PANSS では「表情、感情の調整、コミュニケーションにおける仕草の減少に特徴づけられる情動反応性の減少」と定義されています。先に紹介した PANSS 評価項目の「情動的引きこもり」は「生活上の出来事に対する生活上の出来事に対する興味や関心や情動的関わりの欠如」と定義されていたので BPRS の「情動の平板化」は PANSS においては「情動の平板化」と「情動的引きこもり」の2つの評価項目に分割されたと言えるでしょう。統合失調症の陰性症状と

も重なる BPRS の 2 つの評価項目と PANSS 評価項目の関係を整理すると以下の通りとなります。よく使われる 2 つの評価尺度の項目名と評価されるべき内容が異なっていることには注意が必要です。

図5. BPRSとPANSS評価項目との関係



### (17) 興奮

#### BPRS の定義

感情的緊張度の高揚、焦燥感あるいは反応性亢進。

#### 評価の指針

記載なし。

#### 解説

主として観察にもとづく評価項目です。

「興奮」と「失見当識」は、1966年に新たに追加された項目なので Overall と Gorham の原著には評価の指針がありません。

「興奮」は、イライラや易怒性・易刺激性を対象とする評価項目ですが「緊張」や「非協調性」と同様、興奮が強すぎるケースでは面接の実施が難しいと考えられます。

### (18) 失見当識

#### BPRS の定義

人、場所あるいは時についての適切な関連性の混乱又は欠如。

#### 評価の指針

記載なし。

#### 解説

主として言語表出にもとづく評価項目です。

「興奮」と「失見当識」は、1966年に新たに追加された項目なので Overall と Gorham の原著には評価の指針がありません。

「失見当識」を判断するためには、日付、場所についての質問を必ず行いますが、BPRS 評価は面接により得られた情報をもとに行いますので意識レベルが変動するようなケース（例えば、せん妄）では面接のタイミングによって BPRS 評価が一定しないかもしれません。

#### 質問例

以前と同じくらいはっきりと物事を考えることができますか。

集中できますか。

記憶については。

### 8) よくある質問

#### 8-1) 面接が行えない場合どうすればよいでしょうか。

##### ① 対象者が BPRS 評価を拒否する場合

対象者が BPRS 評価を拒否する場合、BPRS 評価の目的を考慮する必要があります。研究への参加協力を拒否している場合には対象から除外されるべきですが、入院などの治療場面で対象者が BPRS 面接を拒否したとしても BPRS 評価は相当程度行うことができますので面接者は面接の形式にこだわらずに BPRS 評価に必要な情報を収集することが大切です。BPRS で評価される 18 の評価項目は治療方針の決定に際して特に必要性の高いものがほとんどであり、対象者が拒否しているからといって聴取できないという性質のものではありません。診断や病状判断のために網羅的に聴取した精神症状についての情報はそのまま BPRS 評価にも使用できるでしょう。しかしこのような情報収集では BPRS の項目毎の重症度を正確に判定するための十分な情報は得られないかもしれません。その場合一度にすべての情報が得られなくても診察を何回かに分けて行うなど相手の状態にあわせた対応を工夫することも大切となります。

##### ② 対象者との意思疎通が困難な場合

難聴があったり、神経症状により発語できないなど言語によるコミュニケーションが行えない場合、その方のコミュニケーション手段にあわせて面接を行うことが必要となります。重度の意識障害があるようなケースには、通例、BPRS の評価は行いません。

##### ③ 外国人などで言葉が通じない場合

日本語が理解できず、面接者と対象者が直接会話できないような場合、精神症状の評価は一般に大変難しいものとなります。BPRS 評価は通訳を介して行うことも可能ですが、面接者の聞き出したいことを通訳が的確に伝えられるのか、またその逆に対象者の回答を通訳が的確に伝えられるのかは面接の精度に影響するものと考えられます。

#### 8-2) 症状なのか副作用なのか区別がつかないのですがどうすればよいでしょうか。

BPRS 評価では症状と副作用を区別せず評価を行います。BPRS 評価項目と関わる副作用としては、錐体外路症状との関係が特に重要だと思います。アカシジアと緊張、ジスキネジアと衝動症と不自然な姿勢、パーキンソニズムと情動の平板化、あるいは、パーキンソニズムと運動減退などがあり両者の鑑別は必ずしも容易ではありません。アカシジアと緊張が合併するケースもあるでしょう。また、錐体外路症状以外にも眠気やだるさが治療薬による過鎮静であったり睡眠時無呼吸症候群による影響ということも考えられます。

評価尺度にもよりますが BPRS では精神症状かそれ以外（副作用、本来の性質や特性、施



設症などの二次性の影響など) かにこだわらず、いまそこにある症状を評価するように指示されています。例えば、パーキンソニズムがあって「緩徐な動きによって示されるエネルギー水準の低下。患者の行動観察のみに基づいて評価せよ。」に該当する方なら運動減退として評価し、後日、パーキンソニズムが改善したことにより運動機能に改善が認められれば改善した分だけ BPRS 評価点数は動かしてよいことになります。

### 8-3) 面接で患者が症状を隠している場合どうすればよいでしょうか。

BPRS の評価は、面接者が面接中に聞き出した情報をもとに評点を行いますが、面接時に対象者が症状を隠している場合、面接者は積極的に症状を聞き出すことが一般的な方法とされています。昨日の夜、泣いていたのに、面接中、泣いていたことを対象者が認めない場合、「きのう、部屋で泣いていたようだけど・・・」などの質問を加えて行きます。つまり面接者が面接前に対象者の最近の状態がどんなだったかよく知っているほど対象者の症状評価を踏み込んで行えるわけです。

しかしそれでも対象者が症状の存在を認めない場合、BPRS では面接中に確認されなかった症状は評価しないものと規定されているため評価の対象外となります。症状を隠すのはそれ自体が病状の悪さを表している場合も少なくありませんが、面接を簡単に済ませて午後のプログラムへ早めに移動したいと考えている対象者もあるかもしれません。面接を行うタイミングとしては入院患者の場合、食事や入浴の前、プログラム直前など本人がやきもきしているような時間帯を避ける等、対象者の都合を配慮することも大切です。

### 8-4) どうしても点数が決まらない場合どうすればよいでしょうか。

ある評点に該当する症状があるかどうかははっきりしない場合、点数は控え目につけた方がよいと言われています。また、定義にうまく該当しない症状がある場合、BPRS の点数だけによって評点するという方法もあります。7段階でいったら5くらいだというような判断を行うもので大局的な採点を行います。

評点に迷ってどうしても決められない場合、BPRS の 70 年代の BPRS 評価マニュアルでは、初回評価は重めに採点し2回目以降の評価では軽めに採点することで症状変化を極端化する方法が提案されたこともあります。PANSS 成立後の現在では、2章において既に述べた通り、BPRS 評価時に、同じ7段階の評点基準を採用した PANSS の評点基準を参照する方法もあります。

## 9) BPRS をはじめて評価する方へ

精神科臨床医にとって BPRS 評価は難しいものではありませんが評価尺度の採点を的確に行うためには BPRS によく慣れておくことが大切です。そのためには BPRS の本文を熟読して内容をよく理解した上で本マニュアルなどを読了し BPRS 採点方法について周知しておくことが大切となります。

BPRS の面接に慣れておくことも大切であり実際の評価面接前に同僚とシミュレーション面接を行ったり、担当患者等に協力してもらい BPRS 面接を練習しておくことも効果的です。患者対応に慣れている面接者なら面接練習はほとんど不要かもしれません。

誤解や独善的な採点をなくすためには BPRS の評価経験者と同席面接することが効果的と言われています。学習する立場の者が主面接者をつとめ、同席の副面接者と面接終了後、各自独立に採点を行った後、評点合わせを行うのがもっとも一般的なトレーニング方法です。評価面接の要領や評点が完全に一致しなかった項目について意見を交わし採点の信頼性を高めることが目標となります。教材が利用できる場合には練習用ビデオ等を用いた評点トレー

ニングに参加する方法もあるかもしれません。

### 3. 文献

- 1) 伊藤斉, 高橋良, 吉本静志: 883-S 臨床試験における Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) 症状評価実施の手引き. CLN 研究会, 1982
- 2) Kay, SR, Opler, LA, Fiszbein, A (著), 山田寛, 菊本弘次, 増井寛治 (翻訳): 陽性・陰性症状評価尺度 (PANSS) マニュアル, 星和書店, 1991  
熊谷直樹, 丹羽真一, 永久保昇治, 他: 簡易精神症状評価尺度 (BPRS). 精神科診断学, 1:547-566, 1990
- 3) 熊谷直樹: 成人の精神疾患における簡易精神症状評価尺度の検討-BPRS を中心に. 太田昌孝 (研究代表者) 自閉症児の認知発達治療および治療効果の評価についての研究. 三菱財団助成研究最終報告書, pp43-61, 1991
- 4) 宮田量治, 藤井康男, 稲垣中, 他: Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) 日本語版の信頼性の検討. 臨床評価, 23:357-367, 1995
- 5) 宮田量治: 第 37 章 症状評価尺度 日本統合失調症学会 (監修) 福田正人, 糸川昌成, 村井俊哉, 笠井清登 (編集): 統合失調症, 医学書院, pp398-411, 2011
- 6) Overall, JE & Gorham, DR: The Brief Psychiatric Rating Scale. Psychological Reports, 10:799-812, 1962
- 7) Rhoades, HM & Overall, JE: The Semistructured BPRS Interview and Rating Guide. Psychopharmacology Bulletin, 24:101-104, 1988