

平成 23 年 6 月 15 日現在

機関番号： 13601
 研究種目： 基盤研究 (C)
 研究期間： 2008～2010
 課題番号： 20592653
 研究課題名 (和文) 精神障害者における暴力のリスク評価のための評価ツールに関する研究
 研究課題名 (英文) Assessment Scales for risk of violence about psychiatric patients
 研究代表者
 下里 誠二 (SHIMOSATO SEIJI)
 信州大学・医学部・准教授
 研究者番号： 10467194

研究成果の概要 (和文)：

精神科の臨床での患者の攻撃性や暴力についての問題は非常に大きな関心事であり、適切な予測指標によるアセスメントが重要である。本研究では看護師が使用する簡易精神症状評価尺度看護者版 (Brief Psychiatric Rating Scale Nursing Modification: BPRS-NM) 及び Camberwell Assessment of Need Forensic Version: CANFOR) の日本語版の作成と 2 つの尺度の暴力との関連について検討することを目的とした。両尺度について日本語訳の妥当性および評定者間の信頼性を確認した後、1 年間追跡し暴力群と 2 倍の非暴力群で比較した。結果いくつかの項目で暴力との関連が認められた。

研究成果の概要 (英文)：

Question of violence and aggression in patients at clinical psychiatry is a very big concern and an assessment by proper predictors is important. The object of this study is to translate both documents, the Brief Psychiatric Rating Scale Nursing Modification: BPRS-NM and the Camberwell Assessment of Need Forensic Version: CANFOR, and clarify the relationship between its scales of measurements and violence. The both methods of measurements were applied to collect data from a clinical psychiatric hospital for one year after validating the translation and examined by inter-rater reliability. As a result, several items were significantly high in violent group.

交付決定額

(金額単位：円)

	直接経費	間接経費	合計
2008 年度	800,000	240,000	1,040,000
2009 年度	500,000	150,000	650,000
2010 年度	300,000	90,000	390,000
年度			
年度			
総計	1,600,000	480,000	2,080,000

研究分野：医歯薬学

科研費の分科・細目：看護学,地域・老年看護学

キーワード：看護学,精神看護,攻撃性

1. 研究開始当初の背景

精神科看護においては患者の不穏、興奮にもとづく暴力行為などにより、精神保健福祉法に基づいて医療及び保護のため隔離あるいは身体的拘束といった行動制限が用いられるが、看護者にはこうした緊急事態に適切に看護介入することが求められている。特に患者の攻撃性に対するマネジメントは重要な問題であり、患者が暴力行為に及ぶことを予防したり、あるいは攻撃性が高まり、危機的状況にある患者をできる限り隔離、身体的拘束を用いずに看護することは患者の人権擁護という観点からも重要であり、診療報酬体系に位置づけられている「行動制限最小化の取り組み」として設置することになっている行動制限最小化委員会の中でも危機的状況を予防するための介入技術についての研修をすることとされている。一方現在でも入院中の精神障害者が同室患者を殴打し死亡させた事件や、精神科病棟内で看護師が患者に刺殺されるなど大きな事件に発展することも問題となっている。

こうした問題について国際看護師協会、日本看護協会は暴力対策指針として、暴力のリスクマネジメントや身体的介入法の教育をすることが必要としている。暴力に対するアセスメント技術や、コミュニケーションスキル、身体的介入技法等の具体的、実践的な技についてのエビデンスを示していく必要があるが特に緊急事態を予防するためには看護者のアセスメント能力を高めていく必要がある、より客観的な指標でアセスメントし正確に事態を判断する必要がある（浅田，2007）。精神障害者の暴力に対しては、リスクファクターとして精神症状、社会的スキル（下里他 2007）、など患者の個人的要因に加え、患者にとっての治療に対するニーズが満たされないことによるフラストレーションも重要な要因である（下里，2005）。

こうした判断は単に臨床判断のみではなくエビデンスを高めるために客観的で信頼性妥当性の検証されたツールを利用してなされることが望ましいが、看護者は特に評価尺度を用いての評価を行ってこなかった経緯があり、利用できる尺度は乏しい。特に精神症状についての評価尺度や患者のニーズを測定する尺度については現在のところ我が国には存在しない。このため看護者の観察による精神症状の把握や患者のニーズを測

定する指標作りおよびそのリスクアセスメントへの適用について検証することで看護師が適切にリスクアセスメントを行うことに寄与するものと考えられる。

2. 研究の目的

本研究では、看護師が測定可能な精神症状の測定尺度として現在精神症状を測定する上で世界的にも広く利用されている簡易精神症状評価尺度（Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS）の看護者版（McGorry, 1987）および、ニーズを測定する尺度であるCamberwell Assessment of Need Forensic version(CANFOR)の日本語版の作成及びその信頼性妥当性の検証を行い、これらを含んだアセスメントでの暴力のリスクについての包括的なアセスメントについて検討を行うことを目的とした。

3. 研究の方法

(1) Brief Psychiatric Rating Scale-Nursing Modification: BPRS-NM、及びCamberwell Assessment of Need Forensic version: CANFORの日本語版の作成
研究期間 平成20年から平成23年3月
本研究ではまず平成20年度にを研究代表者及び研究協力者を中心に特に精神看護学に精通した修士号以上の学位をもつ者、あるいは臨床経験をもつ副看護師長以上の臨床看護師により両評価尺度の日本語訳を行い、バックトランスレーションした後、開発者に訳語上の誤りのないことを確認してもらった。さらに日本独自の文化や日本語訳の適切性の点から、日本語版としての表現の適切性について開発者と相談しつつ検討を加えたものを日本語版とした。

BPRS-NMは元々OverallとGorham(1962)によって1962年に発表された簡易精神症状評価尺度が主に医師向けに作成されていたのに対して、臨床の看護者が評価できるようにMcGorryがアンカーポイントを変更したものである。BPRSは1962年に開発されて以来、数々の改訂版が作成され、簡易でありながら鋭敏なツールとして広く世界的に用いられている（佳山ら，1995）。現在日本で利用されているものには原版のOverallとGorhamのものを日本語訳したものと、北村らによるOxford版BPRSがある（北村ら，1986）。McGorryのBPRS-MNは基本的にOverallとGorhamの原版のアンカーポイントを変更したもので

あり、18項目を0（症状なし）から6（最重度）で判定する。原版が半構造化面接により判定されるのに対して、看護者版では看護者が日常の患者の行動観察からも評価可能なように設定されている。

Camberwell Assessment of Need Forensic version: CANFORは英国ロンドン大学の精神医学研究所の地域精神医療部門で開発された精神障害者のニーズを測定するツールであり、簡易版、研究者版、臨床版の3種類がある。25項目の質問項目に対して、それぞれスタッフ、患者本人が独立して評価を行う。各項目はそれぞれについて「(その項目に) 困難、あるいは問題があるか?」「あるとすれば支援を受けているか」「その支援の量はどの程度か」「その支援は満足できる程度か?」について検討し、「問題がある」から「問題なし」を3段階で評価するものである。この尺度はさらに小児版、高齢者版、知的障害者版などが作られ、欧州を中心にドイツ語版、オランダ語版などいくつかの言語にも翻訳されているものである。

(2) 日本語版 BPRS-NM、及び CANFOR についての信頼性の検討

完成したについて、信頼性、妥当性のための検討を行った。対象は2つの医療観察法病棟に入院中の内因性精神障害を主診断とする患者とした。

BPRS-NMの評定者間信頼性は病棟スタッフのうち協力の得られた看護スタッフ各2名が同時に同一患者を評定し、級内相関 (ICC) によりその一致度を分析した。

CANFORに関しては、2名の看護スタッフが同時に同一患者を評定し、その一致度を分析した。

両尺度とも評価に先立ち、看護スタッフにはまず評定の方法について説明をし、模擬患者1名について評定するトレーニングを行った。

(3) 暴力のリスクアセスメントとしての包括的アセスメントツールの検討

対象病棟に入院中の患者に対して性別、年齢といった人口統計学的特性、診断名を調査し、さらに受け持ち看護者により BPRS-NM、CANFOR をそれぞれ評価した。平成 22 年度の 1 年間追跡し、その間暴力が発生するごとに Staff Observation Aggression Scale Revised: SOAS-R (Nijman & Palmstierna, 2002) により暴力の程度を記録した。

調査機関終了後、暴力のあった群に対して年齢、疾患をマッチングさせた2倍の非暴力群の対照群を設定し、各尺度の暴力群と非暴力群について比較検討し、アセスメントツールの妥当性について分析を行った。

4. 研究成果

(1) 日本語版 BPRS-NM および CANFOR の作成

BPRS-NM、及び CANFOR の日本語版の作成を研究代表者及び研究協力者を中心に特に精神看護学に精通した修士号以上の学位をもつ者により両評価尺度の日本語訳を行った。BPRS については北村らによる Oxford 版 (北村ら、1986)、伊藤らによるオリジナル版の翻訳の用語を参考にした。翻訳後日本語訳をバックトランスレーションした後、両開発者に訳語上の誤りのないことを確認してもらった。最終的に BPRS-NM のうち、観察のみで評価可能な項目を「緊張」「感情的引きこもり」「衝動的行動」「運動減退」「非協調性」「情動鈍麻」「興奮」とし、面接を必要とする項目は「心氣的訴え」「不安」「思考解体」「罪業感」「誇大性」「抑うつ気分」「敵意」「疑惑」「幻覚」「思考内容の異常」「失見当識」とした。CANFOR の 25 の領域は「住居」「食事」「生活環境の管理」「セルフケア」「日中の活動」「身体的健康」「精神症状」「状態や治療についての情報」「心理的苦痛」「自己への安全」「他者への安全」「アルコール」「薬物」「交流」「親密な関係」「性的印象」「子供の世話」「基礎教育」「電話」「移動 (交通手段)」「金銭」「給付」「治療」「性犯罪」「放火」とした。この日本語訳についてさらに看護師長以上の精神科の臨床看護者に意見を求め修正した。

(2) BPRS-NM および CANFOR の信頼性について

BPRS-NM については北村ら (1985) に従い、2名の看護師との間の相関を見た。BPRS については対象者は 25 名であり、年齢 43.20 ± 12.2 歳、平均入院期間 391.1 ± 244.1 日であった。2名の評定者による Pearson の相関係数は、心気性 ($r = .647, p < .001$)、不安 ($r = .887, p < .001$)、ひきこもり ($r = .510, P < .001$)、思考解体 ($r = .797, P < .001$)、罪業感 ($r = .756, P < .001$)、緊張 ($r = .852, p < .001$)、衝動的姿勢 ($r = .875, P < .001$)、誇大性 ($r = .862, P < .001$)、抑うつ ($r = .538, P < .001$)、敵意 ($r = .755, P < .001$)、疑惑 ($r = .901, P < .001$)、幻覚 ($r = .813, P < .001$)、運動減退 ($r = 0.56, P < .05$)、非協調性 ($r = .818, P < .001$)、思考内容の異常 ($r = .945, P < .001$)、情意鈍麻 ($r = .613, P < .001$)、高揚気分 ($r = .961, P < .001$)、失見当識 ($r = .856, P < .001$)、総得点 ($r = .934, P < .001$) であった。CANFOR の対象者は 25 名で男性 21 女性 4 であった。CANFOR の得点は平均 ± 標準偏差でスタッフ評価が met need 6.04 ± 2.85、unmet need 1.08 ± 1.38、need の合計 7.12 ± 2.94 であり対象者の評価は met need 3.16 ± 1.65、unmet need 0.8 ± 1.0、need の合計 3.96 ± 1.98

であった。スタッフ間の評価による級内相関は met need. 841 ($p < 0.001$)、unmet need で .990 ($p < 0.001$)、need 合計で .657 ($p < 0.001$) であった。対象者の再テスト信頼性における相関は met need. 962 ($p < 0.001$)、unmet need .990 ($p < 0.001$)、need 計. 982 ($p < 0.001$) であった。BPRS、CANFOR ともにスタッフの評定者間信頼性、対象者の再テスト信頼性は高いものと考えられた

(3) 暴力の予測指標としての適用

暴力群と非暴力群について BPRS-NM の総得点および下位項目、CANFOR のニード評価について得点を比較した。尚、身体的暴力を「物、あるいは人に対する身体による物理的な力を使っての攻撃行動」と定義した。結果期間中のうちに 13 名に身体的暴力があり、主診断は統合失調症圏 12 名、発達障害圏 1 名であった。対照群 26 名の主診断は全員統合失調症圏であったが発達障害圏の対象者については副診断で発達障害が含まれる 2 名とした。暴力群は非暴力群にくらべ CANFOR における「スタッフ評価でのニードの総数 ($p = 0.04$)」、「スタッフ評価での受けている公的支援の量 ($p = 0.005$)」、「スタッフ評価での必要とする公的支援の量 ($p = 0.015$)」、「援助に司法の問題が関係している数 ($p = 0.0004$)」が有意に多かった。すなわち、スタッフが困難を抱えていると評価した項目数が多く、スタッフが公的に支援を受けていると評価した項目数が多く、スタッフが公的に支援を必要としていると評価した項目数が多く、本人の援助の必要な項目に司法の問題が関係している項目が多いほど暴力のリスクは高かった。

また BPRS-NM での Thinking Disturbance ($p = 0.0001$)、Anxious Depression ($p = 0.002$)、Hostile Suspiciousness ($p = 0.002$)、Activation ($p < 0.0001$) で有意に得点が高かった。思考障害や、不安、疑惑・敵意、活動性が高いほど暴力のリスクが高くなることが明らかとなった。

CANFOR の評価でスタッフ評価の項目で暴力リスクの予測にはユーザー自身の評価とは暴力群、非暴力群で差異は認められなかったが、このことはユーザー自身の評価では自身の問題に気がついていないということが考えられ、病識のみならず自己のニードに関する認知の程度も関与している可能性も考えられるがこれについてはさらに検討が必要とおもわれた。

また、BPRS の下位項目は暴力リスクとの関連が指摘されている(下里他, 2007) が、看護師が評価する精神症状でも同様にリスク評価として利用できることが考えられた。

しかしながらもともと暴力は発生 of 少なさという問題があり、さらに長期的な検討は必要であると考えられた。

文献

浅田眞弓, 判例に見る行動制限, 天ヶ谷隆他編, 行動制限最小化看護, 精神看護出版, pp27-79, 2007.

北村俊則ら: オックスフォード大学版 Brief Psychiatric Rating Scale(BPRS)の再試験信頼度: 国立精神衛生研究所主催多施設共同研究の予備調査, 精神衛生研究, 32, 1-15, 1986. McGorry PD, Goodwin RJ, Stuart GW, The development, use, and reliability of the brief psychiatric rating scale (nursing modification)--an assessment procedure for the nursing team in clinical and research settings. Compr Psychiatry, 29(6):575-87, 1988.

Monahan J, Steadman H, Violence and Mental Disorder-Developments in Risk Assessment. University of Chicago Press, 1994.

酒井佳永ら, 病識評価尺度(The Schedule for Assessment of Insight)日本語版(SAI-J)の信頼性と妥当性の検討, 臨床精神医学, 29(2), 177-183, 2000

下里誠二他, 精神科閉鎖病棟における暴力の短期予測-Broset Violence Checklist(BVC)日本語版による検討, 精神医学, 49(5): 529-537, 2007.

下里誠二, 暴力はどのように研究されてきたか, 医療職のための包括的暴力防止プログラム, 包括的暴力防止プログラム認定委員会編, 医学書院, pp23-27, 2005

下里誠二他, 触法精神障害者の行動評価のための Behavioral Status Index: BSI, 日本語版について, 国立看護大学校紀要, 6(1), 18-34, 2007.

Thornicroft G, CANFOR: Camberwell Assessment of Need Forensic Version, Gaskell (Royal College of Psychiatrists), 2003.

Webster CD, Douglas KS, Evans D, Hart SD, HCR-20 Assessment risk for violence, (吉川和男監訳, HCR20 第2版, 星和書店, 2007), Simon Fraser University, 1997.

5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

[雑誌論文] (計3件)

①四町田悟, 吉村武, 栗田康弘, 青山純一, 阿部宏, 村上茂, 西田幸一, 下里誠二, 荒木孝治, 患者が期待するトラブル時の看護介入, 精神看護, 14(2), 158-65, 2010, 査読有

②下里誠二, 包括的暴力防止プログラム(CVPPP)・その後 身体的介入に偏らず、患者の視点での技術に研修を重ねる中で見え

てきたこと. 精神科看護, 36(9), 42-48, 2009, 査読無

③下里誠二, 暴力のリスク・マネジメント
暴力を回避する対処方法, 精神医療, 53
号, 105-109, 2009, 査読無

〔学会発表〕(計5件)

①下里誠二, 谷本桂, 精神科における包括的
暴力防止プログラムの身体介入技術につい
ての使用経験と看護者の認識, 第36回日本看
護研究学会, 2010. 8. 岡山

②高橋妙子, 下里誠二, 谷本桂, 精神障害者へ
関わったヘルパーの困難さに関する調査に
ついての一考察—退院調整の糸口を探る—,
第41回日本看護学会 精神看護, 2010. 7. 宮
崎

③下里誠二, 谷本桂, 精神科における患者の
身体的攻撃の短期的予測因子の検討, 第35回
日本看護研究学会, 2009. 8. 横浜

④谷本桂, 下里誠二, 包括的暴力防止プログ
ラム運用の効果に関する研究—フォーカスグ
ループインタビューからの検討—, 日本看護
研究学会第34回学術集会, 2008. 8. 21, 神戸

⑤下里誠二, 谷本桂, 精神科における暴力対
処の教育プログラムに関する研究—包括的暴
力防止プログラム研修後の意識調査, 日本看
護研究学会第34回学術集会, 2008. 8, 神戸

〔図書〕(計2件)

①下里誠二他, 精神看護出版, 精神科看護テキ
スト 17 司法精神看護, 2008, pp.1-63-171

②下里誠二他, 中央法規, エビデンスにもとづ
く精神科看護ケア関連図, pp.74-81

6. 研究組織

(1) 研究代表者

下里 誠二 (SHIMOSATO SEIJI)

信州大学・医学部・准教授

研究者番号：10467194

(2) 研究分担者

谷本 桂 (TANIMOTO KATSURA)

信州大学・医学部・助教

研究者番号：00402107

(3) 連携研究者

()

研究者番号：