

研究

と
報告Broset Violence Checklist (BVC) 日本語版
による精神科閉鎖病棟における暴力の短期
予測の検討*

下里誠二¹⁾ 塩江邦彦²⁾ 松尾康志³⁾ 西谷博則
 石川博康⁴⁾ 伊藤憲治 佐伯幸治⁵⁾ 山田 洋⁶⁾
 宇都宮智⁷⁾ 松本賢哉 比江島欣慎⁸⁾ 森 千鶴⁷⁾

抄録

精神医学 49 : 529-537 2007

精神科臨床では患者の行動上の特徴からの変化をとらえ、短期的な予測を行うことが重要である。そこでノルウェーで開発され、暴力の短期予測に優れた精度を持つ Broset Violence Checklist (BVC) の日本語版を作成し、わが国の精神科閉鎖病棟で起こる暴力前 24 時間以内に現れる行動的特徴から得られる短期予測の精度を検討した。

七つの閉鎖病棟に 6 か月の対象期間中に入院していた患者を追跡した。全対象者に対して各勤務帯で BVC に基づいて行動観察を行った。暴力がみられた患者について、暴力が起こる前 24 時間の BVC 得点と暴力を起ささない時点での BVC 得点とを比較し、ROC 曲線により BVC 得点での予測を検討した。倫理的配慮として山梨大学倫理委員会の承認を受けた。

7 病棟での全対象者は 534 名であり、暴力を起こした患者は 92 名(男性 51, 女性 41)であった。暴力の程度は軽微なものが 83 % であり、34 % は言語介入のみで対応していた。BVC 得点の ROC 曲線による分析ではカットオフ 1 点で感受性 0.780, 特異性 0.685 であった。暴力の 24 時間前に BVC が 1 点以上になることで 78 % が予測可能であり、これは言語的介入を行うための有効な指標と考えられた。

Key words

Violence, Short term, Prediction, Psychiatric locked ward

研究の背景と目的

精神科臨床において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る⁵⁾。医療ス

タッフは患者が暴力的でない方法で行動できるように支援することが重要であるし、一方精神科医療スタッフが受ける暴力も防いでいく必要がある。そのためには暴力を適切に予測するアセスメ

2006 年 9 月 11 日受稿, 2007 年 2 月 19 日受理

* Short-term Prediction of Violence in Psychiatric Locked Wards Using the Japanese Version of Broset Violence Checklist (BVC)

1) 信州大学医学部保健学科 (〒390-8621 松本市旭 3-1-1), SHIMOSATO Seiji : Shinshu University School of Medicine, Matsumoto, Japan

2) 以下の筆者所属, 英文表記は文末に記載。

0488-1281/07/¥500/論文/JCLS

ント指標が必要となる。暴力を予測する指標は長期予測と短期予測とに二分される¹⁵⁾が、入院中の精神障害者においては短期予測がより重要であると言われている^{7~9)}。なかでも Linker と Busch-Iversen はノルウェーの高度保安施設 (Maximum Security) における研究で、暴力の短期予測指標として、混乱(confusion)、易刺激性(irritability)、乱暴さ(boisterousness)、身体的威嚇(physical threats)、言語的威嚇(verbal threats)、ものへの攻撃(attackng objects)を指摘した。これを基に Almvik ら²⁾は、これらの指標に準拠した Broset Violence Checklist(BVC)を作成し、24時間での暴力を63%の正確性で予測したと報告している。BVCはその後も Abderhalden ら¹⁾や Bjorkdahl ら³⁾によりその有効性が研究されている。そこで、複数の精神科病院においてBVCによる行動観察を行うことによって、暴力の短期的な予測指標を明らかにすることを目的とした。

研究方法

1. 対象と期間

対象は本研究に協力の得られた四つの精神科病院の中の閉鎖病棟合計7病棟に在棟した精神障害者で、2004年10月~2005年10月の間に1病棟で連続した6か月間を調査期間とした。

2. 調査方法

暴力を「すべての容認できないと判断される行動であって脅威を与える行為¹²⁾」と定義した。個人要因として性別、年齢、診断名(ICD-10による主診断)、抗精神病薬の服用量(抗精神病薬のクロルプロマジン換算量)、過去の暴力歴、精神症状(Brief Psychiatric Rating Scale; BPRS⁶⁾)を記録した。心理社会的問題についてはLife Skills Profile(LSP)日本語版⁴⁾による社会的スキルを評価した。LSPは39項目の社会的機能を測定する尺度であり、各項目を「問題なし」から「非常に問題」までの4段階で評価を行う。得点が低いと障害が重いことを意味する。

次にBVCによる行動観察を行った。BVC原

語版は1患者につき1勤務帯1枚を使用して、勤務の開始時点ですべての情報を基に、混乱(まとまりない行動、言動、幻聴や独語、亜昏迷様など)、易刺激性(不安、焦燥感、興奮、過剰な反応、多弁、多訴、無視、表情の変化)、乱暴さ、身体的脅し(挑発的態度、にらむ、おどすような素振り、ファイティングポーズ)、言語的脅し(捨てぜりふやおどかすような言動)、ものにあたる、の6つの行動がそれぞれみられれば1点、なければ0点をつける。評価対象となる行動は、普段の暴力のない時の状態と比較して存在の有無を判断する。つまり、「いつも乱暴な振る舞いをする患者が暴力は起こさない場合で、いつもと同じ程度の乱暴さ」である場合は「存在しない」と考え、スコアは0になる。患者の暴力のない状態がわからない時には、存在すれば1点を与えるものである。日本語版(図1)は作者より許可を受け翻訳し予備的検討を行った¹²⁾。日本語版では評価内容は原語版の通りとし、採点が容易になるように評価時期を勤務終了後とした。

BVCについては、まず評定者間の信頼性の検討を行った。BVCが予測する暴力は元々暴力の兆候がない場合0として評価されるため、通常ほとんどの患者のスコアは0である。そこで研究に先立ち、3週間通常の評価者とは他に別の評価者が1人観察を行い、BVCが1点以上ついた患者について評定者間の信頼性を検討した。

次に6か月の間、各勤務帯において、勤務終了時点でその日それぞれの対象患者にもっとも密接にかかわった看護スタッフが、その他すべての情報(他のスタッフからの意見、診療記録、看護記録など)を参考にしてBVCを評価した。

暴力インシデント発生時には、暴力の内容を、暴力の対象(もの、スタッフ、患者、その他の人)、手段(言語的攻撃、たたく・蹴るなどの通常的手段での身体的攻撃、噛む・首をつかむなどより危険な身体的攻撃、武器の使用)、結果(軽度：物に対して損傷はあるが使用できる状態、もしくは人に対しては10分以内で治まるような痛みを与える。中等度：物に対して交換が必要なほど損

The Broset Violence Checklist-BVC
BVC は 24 時間での暴力行為の予測を助ける簡便なチェックリストである。

患者 No

記録者：	患者名：
	評価日時： 年 月 日 (深夜 日勤 準夜)
いつもより混乱している(発言の内容がまとまらない,あるいは説明を理解しない,幻覚妄想が活発)	
いつもより些細なことに反応する,易刺激的であり,すぐイライラする	
いつもより態度が乱暴だ(ドアを乱暴に閉める,何となく乱暴,声大きい)	
いつもより脅かすような仕事(拳に力が入り身体が緊張している)をする	
いつもより言葉が乱暴で脅かすようなことをいう(非難する,脅かすなど)	
いつもよりものにあたる(壁をたたくなどやつあたりのような)	

性 男 女 入院形態

年齢 <20 20~30 31~40 41~50 >50

使用時の注意
各項目を採点時点で観察される場合,存在する(1),なし(0)の数字で採点してください。各勤務帯の開始時にその日の担当者が評価してください。勤務での観察,評価,対象患者についての知識をすべて考慮したうえで,「新たに出現したか,普段もあるがいつもは暴力至らない人はそれよりも激しい,のいずれかの場合」1,「認められない場合」,「存在するが,普段と同程度の場合」は0です。入院当初など以前に知られていない患者については評価時点で存在するかどうかのみを判断して下さい。

図1 Broset Violence Checklist(BVC)日本語版

傷させる,もしくは人に対しては目に見える傷があるが治療の必要はない,または10分以上持続する痛みを与える。重度:人に対して処置は必要だが医師の治療の必要はない程度のけがを負わせる。最重度:人に対して医師の治療が必要なほどのけがを負わせる)に分けて評価した。これには Extended Staff Observation Aggression Scale (SOAS)¹⁰⁾ の分類を参考にした。SOAS は攻撃性の程度を得点化することが可能ではあるが,日本語版が作成されていないことから今回は分類のみを使用した。

3. 分析方法

短期予測として,暴力の3勤務帯前(24時間前)における観察の中で,BVC得点の最大値を暴力前の得点とし,同一患者が暴力のない状態での1週間のBVC得点スコアの最大値を非暴力時の得点とした。これをROC曲線により分析し,BVC得点のカットオフ値を検討した。暴力は患者1人につき期間内の最初の暴力のみを分析の対象にした。分析には統計パッケージ JMP in 5.0(SAS社)を使用した。

4. 倫理的配慮

本研究の実施にあたっては,山梨大学医学部倫

表1 92回の暴力の発生内容

		度数	%
性別	男	51	55.4
	女	41	44.6
診断	器質性障害	4	4.3
	アルコール・薬物	6	6.5
	統合失調症圏	71	77.2
	気分障害圏	5	5.4
	神経症圏	1	1.1
	人格障害圏	3	3.3
過去の暴力既往	精神発達遅滞圏	2	2.2
	なし	19	20.7
標的	あり	73	79.3
	もの	10	10.9
手段	スタッフ	52	56.5
	患者	30	32.6
	言語	30	32.6
	身体	44	47.8
	嘔む, 首をつかむ	8	8.7
	武器の使用	10	10.9
結果	なし	32	34.8
	軽度	44	47.8
	中等度	11	12.0
	重度	3	3.3
	最重度	2	2.2

理委員会および研究対象施設それぞれの倫理委員会で承認を受けた。観察記録などでの患者名はすべて対象施設内でコード化し、匿名化した。本研究では暴力を観察するのであるが、観察にあたって、観察していることを対象者に告知することは結果に影響を与え実態を把握することができなくなることから、対象患者個々に文書による同意を得ることはしなかった。

結果

1. 研究対象の概要

期間中研究対象の基準を満たす者は534名で、男性338名、女性196名であった。研究開始時点で、すでに入院していた者は266名であった。平均年齢46.2±15.5歳、平均服薬量は851.0±850.1mg/日(クロロプロマジン換算量)であった。対象のICD-10による診断では、F00-F09症状性を含む器質性精神障害24名、F10-F19精神作用物質による精神および行動の障害31名、F20-F29統合失調症、統合失調型障害および妄

想性障害363名、F30-39気分(感情)障害61名、F40-48神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害9名、F50-59生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群3名、F60-69成人の人格および行動の障害12名、F70-79精神遅滞19名、F80-89心的発達の障害7名であった。過去の暴力既往があった者は227名であった。本研究の調査期間において、暴力は合計164回発生し、92人が暴力を起こしていた。暴力の発生率は0.002(件/人・日)であった。92人が初回に起こした暴力の内容は表1の通りであった。

2. BVCによる行動の短期予測

1) BVCの評定者間信頼性

2名の評定者が別個にBVCを評価した。3週間のうちにBVCが1点以上となった患者は6名、延べ26回あった。この26回分についてそれぞれ2名ずつで評価したBVC得点の κ 係数は混乱($\kappa=0.866$)、易刺激性($\kappa=1.00$)、乱暴さ($\kappa=1.00$)、身体的威嚇($\kappa=1.00$)、言語的威嚇($\kappa=0.655$)、ものにあたる($\kappa=0.644$)、BVCトータルスコア($\kappa=0.661$)であった。易刺激性および身体的威嚇は完全に一致し、その他の項目についてもほぼ良好な一致性を持つと考えられた。

2) 暴力時と非暴力時のBVC得点(表2)

各患者初回の暴力92回について、BVC各得点では全項目で暴力前と非暴力時とで差異が認められ、暴力前のほうが1点、すなわち問題となる行動が存在していることが明らかになった。BVC合計得点では平均±標準偏差で暴力前1.49±1.18、非暴力時0.34±0.51であり、暴力前で得点が高くなっていた($t=8.53$, $p<0.0001$)。

3) BVC合計得点についてのROC曲線による分析

ROC曲線による分析では、BVC1点以上の場合、感受性0.780、特異性0.685で、78%の正確さで暴力を予測した。ROC-AUC値は0.79であった(表3, 図2)。この場合は真陽性71、真陰性63、偽陽性29、偽陰性21であった。

このうちBVCが0点で暴力が発生した群すな

表2 暴力前後での BVC の得点

		暴力前	非暴力時	χ^2 検定
混乱	0	55	83	$\chi^2=22.75$
	1	37	9	$p<0.0001$
易刺激性	0	53	80	$\chi^2=19.75$
	1	39	12	$p<0.0001$
乱暴さ	0	62	84	$\chi^2=16.05$
	1	30	8	$p<0.0001$
身体的威嚇	0	83	92	$\chi^2=9.46$
	1	9	0	$p=0.002$
言語的威嚇	0	79	91	$\chi^2=11.13$
	1	13	1	$p=0.0009$
ものに当たる	0	83	91	$\chi^2=6.77$
	1	9	1	$p=0.009$
合計得点	0	20	63	
	1	32	27	
	2	22	2	
	3	11	0	$\chi^2=57.36$
	4	7	0	$p<0.0001$
合計(平均±標準偏差)		1.49±1.18	0.34±0.51	$t=8.56$ $p<0.0001$

表3 BVC 合計得点と暴力の予測値

BVC 合計点	1-特異度	感度	感度+特異度	真陽性	真陰性	偽陽性	偽陰性
4	0	0.0761	0.0761	7	92	0	85
3	0	0.1957	0.1957	18	92	0	74
2	0.0217	0.4348	0.413	40	90	2	52
1	0.3152	0.7717	0.4565*	71	63	29	21
0	1	1	0	92	0	92	0

ROC-AUC=0.79

わち偽陰性 21 名について、BPRS および LSP の各因子を暴力前 BVC 1 点以上となった真陽性 71 名と比較した(t-検定)。その結果、BPRS での「敵意」が偽陰性群で有意に低く(t=2.47, p=0.02), LSP では「腹を立てやすい(t=2.01, p=0.05)」「無礼な攻撃的行動(t=2.71, p=0.01)」「アルコール・薬物乱用(t=2.77, p=0.01)」「職員と協力して治療する(t=2.36, p=0.02)」で、偽陰性群のほうが得点は高かった。すなわち偽陰性群は、他者に対する敵意がなく、腹を立てたり攻撃的行動をとらず、治療にも協力的で、アルコール・薬物乱用も少ない群といえる(表4)。

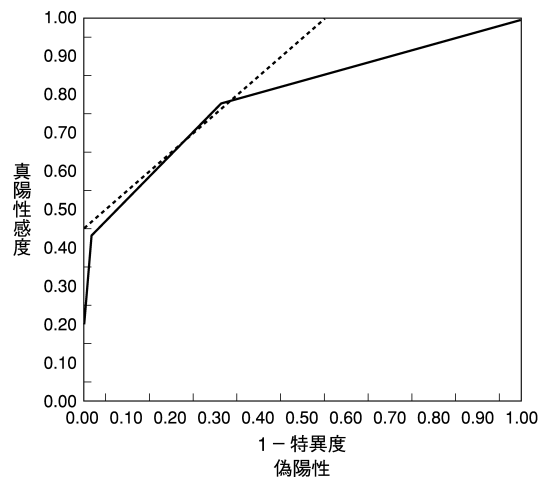


図2 ROC 曲線

表4 BVC得点が暴力前も0点であったものと1点以上のものの比較 (次頁へ続く)

	BVC 0点			BVC 1点以上			t-test		
	N	mean	SD	N	mean	SD	t	df	p
年齢	20	41.10	11.44	71	45.93	15.04	-1.33	89	0.19
CP 換算量	19	1131.84	965.71	56	1108.67	960.01	0.09	73	0.93
在院期間	20	1899.70	2933.87	71	1024.49	1866.97	1.26	23	0.22
在棟期間	20	1188.10	2423.32	71	637.35	1401.12	0.97	23	0.34
LSP									
身だしなみ	19	3.05	0.85	63	2.78	0.99	1.09	80	0.28
入浴	19	3.47	0.84	62	3.24	0.99	0.93	79	0.36
不快な臭い	19	3.47	0.84	63	3.49	0.80	-0.09	80	0.93
衣類の清潔	19	3.21	0.85	62	3.05	0.91	0.69	79	0.49
身体的健康に注意する	19	2.63	0.68	63	2.48	0.96	0.78	42	0.44
食事をとる	19	2.74	0.93	63	2.92	1.04	-0.69	80	0.49
自分の食事を用意する	19	1.79	0.85	61	1.64	0.88	0.66	78	0.51
収入に合わせて予算を使う	19	2.00	0.94	61	1.80	0.95	0.79	78	0.43
仕事の能力	19	1.53	0.84	61	1.30	0.69	1.21	78	0.23
非常識な習慣や行動	19	3.37	1.01	62	2.89	1.10	1.70	79	0.09
怒りっぽい態度	19	2.95	1.13	63	2.56	0.95	1.51	80	0.13
腹を立てやすい	19	2.95	0.97	63	2.46	0.91	2.01	80	0.05 *
同居者との生活	19	2.26	0.73	60	2.22	1.09	0.21	45	0.83
向こう見ずな行動	19	2.84	1.12	63	2.43	1.03	1.51	80	0.14
家具などを壊す	19	3.47	0.84	63	3.06	1.11	1.49	80	0.14
無礼な攻撃的行動	19	3.37	0.96	63	2.67	1.00	2.71	80	0.01 **
プライベートな場所への侵入	19	3.32	0.95	62	2.98	1.17	1.13	79	0.26
暴力をふるう	19	3.00	0.94	63	2.73	0.95	1.08	80	0.28
自傷行動	19	3.74	0.73	63	3.41	0.96	1.56	38	0.13
警察沙汰になる	19	3.74	0.65	62	3.50	0.94	1.03	79	0.31
アルコール・薬物乱用	19	3.95	0.23	63	3.59	0.94	2.77	78	0.01 **
無責任な行動	19	3.16	1.07	63	2.68	1.03	1.75	80	0.08
対人交流を避ける	19	3.11	0.94	63	3.03	1.05	0.27	80	0.78
思いやりを示す	19	2.89	0.99	63	2.62	0.97	1.08	80	0.29
非活動的	19	2.95	1.08	63	2.56	1.01	1.46	80	0.15
決まった趣味がある	19	2.00	1.25	62	1.61	0.82	1.27	23	0.22
社会活動に参加	19	1.37	0.96	61	1.30	0.64	0.38	78	0.70
友人を作る	19	2.32	0.89	62	2.32	1.02	-0.03	79	0.98

*p<0.05 **p<0.01

考察

1. 全対象における暴力の発生割合

暴力研究では全対象における暴力の発生割合も問題となる¹⁵⁾。暴力を身体的暴力に限った場合、わが国での発生割合は10%台程度と推測されている¹⁴⁾。本研究における暴力の発生率は0.002(件/人・日)、全対象における暴力の発生割合は534名中92名の0.17であり、ほぼ今までの報告と同様の結果を示した。今回の対象では平均すると6か月間に1病棟で約23回程度、1か月間では3~4回の暴力が発生したことになる。また、1人あたりの暴力を起こした回数では、92名

のうち58名は複数回の暴力を起こしていた。これは全対象からすると少数ではあるが、6か月の間におおむね1病棟に2人程度は3回以上の暴力を振るうものが存在する可能性があることが推察される。本研究での結果から、精神科病院の閉鎖病棟で起こる暴力の実態についても、ある程度は検証されたと考えられる。

攻撃的行動を持つ患者の社会復帰へのリハビリテーションを進めるにあたっては、攻撃行為がもたらす患者への不利益を最小限にしつつ攻撃的な方法によらない対処方略を習得させていく必要がある。そのためには治療的介入の一つとして暴力へのマネジメントを考える必要があり、それには

(前頁より続く)

	BVC 0 点			BVC 1 点以上			t-test		
	N	mean	SD	N	mean	SD	t	df	p
会話に加わる	19	3.16	0.90	63	3.13	1.10	0.11	80	0.91
会話に割り込む	19	2.89	1.15	63	2.87	1.01	0.08	80	0.94
相手の顔を見て話す	19	3.63	0.83	63	3.40	1.01	0.92	80	0.36
会話が理解困難	19	3.00	0.94	63	2.89	1.05	0.41	80	0.68
話の内容が奇妙	19	3.21	0.85	63	2.89	1.00	1.27	80	0.21
雰囲気にあった立ち振る舞い	19	3.21	0.85	63	2.86	0.96	1.43	80	0.16
薬の保管と服用	19	2.26	1.10	63	1.89	1.06	1.33	80	0.19
すすんで薬を飲む	19	2.79	0.98	62	2.42	1.15	1.38	35	0.18
職員と協力して治療する	19	2.84	0.76	63	2.35	0.81	2.36	80	0.02 *
持ち物をなくす	19	3.42	0.84	63	2.94	1.03	1.87	80	0.07
人のもを無断で持ち去る	19	3.74	0.81	62	3.42	0.95	1.32	79	0.19
LSP 身辺整理(平均)	19	2.72	0.72	63	2.59	0.65	0.75	80	0.46
BPRS 思考解体	18	1.78	1.77	59	1.86	1.49	-0.21	75	0.84
衝動的行動	18	0.72	0.89	59	1.10	1.40	-1.08	75	0.28
疑惑	18	1.33	1.24	59	1.61	1.51	-0.71	75	0.48
幻覚	18	2.22	1.93	59	1.29	1.50	1.89	24	0.07
思考内容の異常	18	1.89	2.17	59	1.86	1.58	0.04	23	0.96
ひきこもり	18	1.33	1.75	59	1.24	1.47	0.23	75	0.82
運動減退	18	1.11	1.37	59	1.03	1.22	0.23	75	0.82
非協調性	18	1.33	1.61	59	1.59	1.62	-0.60	75	0.55
情意鈍麻	18	0.89	1.23	59	1.08	1.29	-0.57	75	0.57
不安	18	2.00	1.57	59	1.98	1.50	0.04	75	0.97
罪業感	18	1.61	1.33	59	1.14	1.31	1.35	75	0.18
緊張	18	1.28	1.18	59	1.37	1.39	-0.26	75	0.79
抑うつ	18	0.78	1.00	59	1.12	1.23	-1.07	75	0.29
誇大性	18	1.06	1.76	59	1.37	1.63	-0.71	75	0.48
高揚気分	18	1.28	1.96	59	1.37	1.57	-0.21	75	0.83
会話と行動の増大	18	0.89	1.02	59	1.27	1.39	-1.08	75	0.28
心氣的訴え	18	1.56	1.25	59	1.83	1.61	-0.67	75	0.51
敵意	18	1.22	1.17	59	2.10	1.74	-2.47	42	0.02 *

短期的予測のためのエビデンスを探ることは重要であると考えられた。

2. 短期予測のための行動指標

BVC による短期予測では合計得点が 1 点以上で 78 % が最適な予測値であったが、Almviik らによる BVC をカットオフ 2 点で 63 % とするものと比べ、より少ない行動指標で暴力を予測するものであった。これは、Almviik らが身体的暴力を対象としているのに対して、本研究では言語的暴力を含めて取り扱っているために、行動指標がより少ない場合でも暴力が起こっていたのではないかと考えられる。BVC 項目にある「身体的威嚇」「言語的威嚇」「ものへあたる」というような

状態はすでに前暴力段階であり、言語的暴力を含む暴力が存在すると判定されることがあるだろう。そのため、BVC 得点は暴力の発生に対してより敏感に反応した可能性がある。

また、BVC をカットオフ 1 点とした場合、偽陽性が約 31 %、偽陰性が約 21 % で起こっていた。本研究での暴力予測は患者が暴力に至る前に適切にケアしていくことを本質的な目的としているが、臨床現場での課題として、本研究で偽陰性と判定されるような患者へのかかわり方が問われていることがより明らかになったと考えられる。すなわち、本研究では 92 件に対して偽陰性は 20 件であったが、この 20 件では患者は BPRS の

「敵意」がなく、LSP での「腹を立てやすい」「攻撃的行動がある」「治療にも協力する」「アルコール・薬物乱用」も少ない群であった。つまり、偽陰性患者とは、普段は攻撃性が目立たないものの、人的、物的刺激により急激に攻撃的な状態になるために予測ができにくい群だといえる。これらの患者群は、たとえばいつも来ている面会者が急に来なくなったなど、突発的に起こる本人にとっての不幸な出来事や、周囲に妄想が活発で本人へ頻回な干渉をする患者がいるなど、人的すなわち他者との状況に関連した要因¹¹⁾が暴力を生じる契機となっていると考えられ、日常生活上の本人にとっての不快刺激を把握するよう面接介入や観察を行うことが必要である。

本研究において、BVC で 78% の感受性で暴力の兆候を見ることができるといふ、看護スタッフの暴力のアセスメントツールとしての BVC の有用性が証明された。また、看護者が「いつもよりも変だ」と評価することがある程度正確であることも示された。さらに、BVC の観察項目は日常のケアの中でチェックリストとして容易に時系列での症状評価をすることが可能であり、過去の患者を評価し攻撃性の起こりやすさや周期をとらえるのにも有効である。今後は、さらにリスクファクター¹³⁾との関連も検討することで、より精度を増すことができるよう検討する必要がある。

本研究では有用な暴力の短期予測指標が得られたが、これは決して予測即隔離投薬というような単純な医療的対処行動に結びつけようとするものではない。むしろ、医療者の言語的、非言語的かわりを通して、庇護的環境の病棟においてもなお適切に表現されないでいる患者のニーズを受容し満たしていくことにより問題解決を図ろうとする、医療行動の実用的なツールとなるものである。

今後の問題としては、さらに、薬物依存、老人、若年者など、病棟ごとの入院患者の特徴に注目したアセスメント指標を策定し、それぞれの病棟で必要とされる医療者の技能についても検討することが重要であると考えた。

結論

精神科閉鎖病棟で生じる施設内暴力について、暴力を起こす患者の短期的な行動予測因子に関して、4 施設 7 病棟を対象に 6 か月間追跡し検討した。

結果、短期的には BVC による行動観察が有効であると考えられた。今後より詳細に検討する必要がある。

文献

- 1) Abderhalden C, Needham I, Dassen T, et al : Predicting inpatient violence using an extended version of the Broset-Violence-Checklist : Instrument development and clinical application. *BMC Psychiatry* 6 : 17, 2006
- 2) Almvik R, Woods P, Rasmussen K : The Broset Violence Checklist. *J Interpers Violence* 15 : 1284-1296, 2000
- 3) Bjorkdahl A, Olsson D, Palmstierna T : Nurses' short-term prediction of violence in acute psychiatric intensive care. *Acta Psychiatr Scand* 113 : 224-229, 2006
- 4) 長谷川憲一, 小川一夫, 近藤智恵子, 他 : Life Skills Profile (LSP) 日本版の作成とその信頼性・妥当性の検討. *精神医学* 39 : 547-555, 1997
- 5) Lee S, Wright S, Sayer J, et al : Restraint Training for nurses in English and Welsh psychiatric intensive care and regional secure units. *Journal of Mental Health* 10 : 151-162, 2001
- 6) 北村俊則, 町澤静夫, 丸山晋, 他 : 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. *精衛研* 32 : 1-15, 1986
- 7) Linaker OM, Busch-Iversen H : Predictors of imminent violence in psychiatric inpatients. *Acta Psy Scand* 92 : 250-254, 1995
- 8) McNiel DE, Binder RI : Correlates of accuracy in the assessment of psychiatric inpatients' risk of violence. *Am J Psychiatry* 152 : 901-906, 1995
- 9) Nijman H, Merckelbach H, Evers C, et al : Prediction of aggression on a locked psychiatric admissions ward. *Acta Psychiatr Scand* 105 : 390-395, 2002
- 10) Palmstierna T, Wistedt B : Staff observation aggression scale, SOAS : Presentation and evaluation. *Acta Psychiatr Scand* 76 : 657-663, 1987
- 11) 下里誠二 : 暴力はどのように研究されてきたか. 包括的暴力防止プログラム認定委員会 編, 医療職のための包括的暴力防止プログラム. 医学書院, pp 23-28, 2005
- 12) 下里誠二, 相馬厚, 釜英介, 他 : 入院中の精神障害

- 者における暴力の短期予測についての検討(1)―暴力発生の状況と Broset Violence Checklist による予測の予備的検討. 日本看護学会論文集 35 回精神看護: 183-185, 2004
- 13) Steinert T: Prediction of inpatient violence. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 106(Suppl 412): 133-141, 2002
 - 14) 鶴田聡: 長期入院中の慢性精神分裂病患者の示す暴力行為について. *精神医学* 44: 33-38, 2002
 - 15) 吉岡隆一: 再犯予測問題とその状況. *精神誌* 105: 1403-1407, 2003
- (2 以下の筆者所属, 英文表記)
- 2) 山梨大学大学院医学工学総合研究部, SHIOE Kunihiro: Department of Neuropsychiatry, Interdisciplinary Graduate School of Medicine and Engineering, University of Yamanashi
 - 3) 独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター, MATSUO Yasushi, NISHITANI Hironori: National Hospital Organization Hizen Psychiatric Center
 - 4) 東京都立松沢病院, ISHIKAWA Hiroyasu, ITOH Kenji: Tokyo Metropolitan Matsuzawa Hospital
 - 5) 国立精神・神経センター武蔵病院, SAEKI Kouji: Department of Psychiatry, Musashi Hospital, NCNP
 - 6) 独立行政法人国立病院機構下総精神医療センター, YAMADA Hiroshi: National Hospital Organization Shimofusa Psychiatric Center
 - 7) 国立看護大学校, HIEJIMA Yoshimitsu: National College of Nursing
 - 8) 東京医療保健大学, UTSUNOMIYA Satoru, MATSUMOTO Kenya, MORI Chizuru: Tokyo Health Care University