

3

興奮・攻撃性への対応

3

興奮・攻撃性への対応

はじめに

精神科救急医療においては日常的に興奮・攻撃性を示す者への対応が求められるが、その対応技術は専門的な治療として位置づけられる必要があり、安全かつ効果的、合法的であり、患者・スタッフ双方の尊厳を守るものでなければならない。精神科救急医療サービスを提供する組織は、患者・スタッフ双方に対する安全配慮義務を負っており、これらの状態像を示す患者の受け入れをあらかじめ想定した物理的・人的環境を整備する責任がある。暴力には身体的暴力、精神的暴力(言葉の暴力、いじめ、セクシャルハラスメント、その他いやがらせ)があるが¹⁾、いずれも被害者、加害者、事故の目撃者、関係者へ心身の影響をもたらすだけでなく、提供される医療サービスの質の低下や、組織への信頼感の喪失、スタッフの離職にもつながる労働安全衛生上の重要な課題である。

精神科救急ガイドラインにおいて興奮・攻撃性への対応は2003年版で総論の一部に鎮静法指針が示され、2009年版で心理的介入と行動制限の最小化・適正化に関する内容を含んだ各論として独立した。2015年版ではトラウマインフォームドケア、患者との協働を興奮・攻撃性への対応の基本に据え、行動制限最小化の方策について学会としての推奨を明示した。また、鎮静化目的での乱用が危惧される頓用薬に関する推奨事項、加害患者への対応の知見を追加し、特別な配慮が必要となる児童・思春期、認知症・高齢者への対応に関しても新たに項目を設けた。

この領域におけるエビデンスの蓄積はいまだ不十分であるが、隔離・身体拘束の増加への対応が急務となっている現状から今回の改訂では行動制限最小化についてのわが国の取り組みの後押しとなることを願い章として独立させた。そのほか、前回改訂以降の研究動向をふまえ若干の修正を行い、本章の対象については精神障害により興奮および攻撃性を示す成人の

患者へ見直した。

本章を活用することにより、精神科救急医療の最前線で働く医師、看護師、コメディカル・スタッフが興奮・攻撃性への適切な対応スキルを身につけ、多くの精神科救急医療の現場において良質で安全なケアの提供が実現することの一助になれば幸いである。

本章を使用するにあたって

本章に盛り込まれている事柄のすべてを、精神科救急医療の担い手全員が実施することには限界がある。また、本章は精神科救急医療を担う医療機関や従事者の業務内容、診療内容の責務を規定しようとするものではない。本章で示した対応を実効的なものにするためには、従事者の養成研修などの取り組みが必要不可欠である。

本章では、興奮・攻撃性を示す患者への対応について、事故防止の観点から適切な臨床プロセスを導くようなさまざまな評価・対応の仕方を推奨し、精神科救急医療の担い手のスキルアップを目的としている。しかし、本章の内容は、必ず好ましい結果を保証するというものではなく、臨床における判断は常に個別的であることに注意されたい。

I 興奮・攻撃性の定義

本章の対象である興奮・攻撃性は、行動や感情の亢進を伴う非特異的な症状群であり、臨床的に異なった種々の状況下でみられる。暴力(violence)発現の予兆となるこれら症状群について、英語圏ではaggressionやagitationの用語で代表され、aggressionは攻撃性、agitationは言語や動作が亢進した状態と説明されている²⁾。しかしわが国ではagitationの対訳として焦燥や激越を用いるのが一般的で、こうした対訳語は本章の対象とは異なるため用語の混乱を避ける目的から本章では「興奮」を用いる。

Ⅱ 興奮・攻撃性への対応に関する基本的な考え方

1. トラウマインフォームドケア

トラウマとは、出来事や状況の組み合わせの結果として生じるものである。身体的または感情的に有害であるか、または生命を脅かすものとして体験され、個人に長期的な影響を与える。

トラウマインフォームドケア (Trauma-Informed Care : TIC) はトラウマに注目した介入・組織的アプローチである。トラウマは個人の精神保健医療との関わりに多大な影響を及ぼすことから、当事者中心の医療の実践にあたり、欧米諸国、とりわけ米国で重視されている。米国保健福祉省薬物乱用・精神衛生管理庁 (SAMHSA) は300ページ超の詳細な治療ガイドライン³⁾を作成したほか、英国国立医療技術評価機構 (NICE) や豪保健福祉省のガイドラインでも言及されている。日本でも被虐待児をはじめとする児童思春期精神医療福祉、教育現場などを中心にTICの概念が広がり、上述のSAMHSAによるガイドラインの日本語訳もなされた⁴⁾。

精神科救急では、急性かつ重症の症状自体、また非自発的手段を用いることも多い治療自体がトラウマ/再トラウマ体験になる危険が高いため、TICの視点が重要である。TICの概念を取り入れることで、当事者と医療者との治療関係や予後の改善の効果が期待される。また、当事者のみならず治療にあたる医療スタッフもまた、トラウマに晒される機会が多いため、スタッフ側のケアとしてのTICについても、強く認識する必要がある。

TICとは、ストレングスモデルに基づいた医療サービスのアプローチであり、トラウマが個人に及ぼしうる影響を理解して取り入れ、当事者とスタッフの双方に身体的・心理的・感情的な安全を確保し、当事者に再びコントロールとエンパワメントを促す機会を与えるものである。また、医療サービスによる再トラウマ体験を回避するための対策を講じ、サービスの提供、評価には当事者の参加を重視する³⁾⁻⁵⁾。

TICでは、当事者の病態のアセスメントから治療の組み立て、環境設定、そしてそれらを担当する全スタッフに及びうる影響にいたるまで、医療サービスの過程のすべてをトラウマを意識した観点で捉え構築し直す。

以下にTICを実践する具体例をあげる。

1) トラウマについての知識を正しくもつ

- ・精神疾患を有する人の51～98%にトラウマがある⁶⁾⁷⁾
- ・トラウマは扁桃体、海馬の成長阻害など脳発達を障害し、情動反応の

調節異常をきたす。特に幼少期のトラウマ体験は成人後にも興奮や攻撃性を呈しやすくなるなどの影響を及ぼす⁸⁾

2) トラウマアセスメントを行う

SAMHSAのガイドライン³⁾⁴⁾では、トラウマ歴と関連症状のアセスメントをし、それを基に治療を組み立てることが不可欠とされている。精神科救急においては全例への適応はむずかしいと考えられるが、時宜に合ったスクリーニングとアセスメントに取り組めるよう努める。

3) 当事者が安心できる穏やかで落ち着いた環境設定を心がける

- ・全スタッフが口調や服装などに気をつけ、威圧的・挑発的態度を避ける
- ・乱暴な物言い、命令や脅しを用いない
- ・静かな巡回、スケジュールの周知などの配慮を怠らない
- ・受付や警備員など、当事者が接するすべてのスタッフに徹底する

4) 組織全体でトラウマに敏感なサービスを提供できるようにする

基準やガイドラインの設定、TICを熟知するスタッフ、ピアサポーターらの雇用、TICを評価する体制、他機関との連携など。

5) 「暴力や衝突には原因がある」と理解し、当事者を責めない

「操作的」「アピール」などの表現をしない。

6) 治療の主役は当事者であることを忘れない

7) 疾患、治療についての教育を重視し、セルフマネジメントを促す

8) 薬物療法への過度の依存を避ける

9) 問題があるときには当事者と協力し、話し合っ対策を考える

2. 精神科医療サービスの質向上と共同意思決定

医療サービスの現場で患者が攻撃性や暴力を呈するのは、不適切なコミュニケーションや診療システム、療養環境に関連したものが多数を占めており、精神科領域も例外ではない。精神科救急・急性期においては重い認知機能障害によりコミュニケーション、情動制御がむずかしい患者を

治療の対象とするため、「苦しい状態を長引かせるよりも、隔離身体拘束下で薬物を投与するほうが患者・スタッフ双方に安全で良い結果をもたらす」というような誤解が根強くあり、強制的治療が標準となっている施設がいまだに存在する。しかし、パターンリスティックな治療文化は、治療者と患者の対立構造を引き起こしやすく、患者がセルフマネジメント能力を回復・獲得しリカバリーを実現していくうえでも大きな障壁となるものである。

下記に、精神科救急・急性期における攻撃性と暴力を予防・管理するための原則を示す。

- ・精神疾患をもつ人の特性に十分配慮したコミュニケーション、環境調整により、患者および患者の支援者が体験するサービスの質を改善する^{9) 10)}
- ・治療・ケアに関するすべての意思決定に患者自身が関与できるよう支援し、共同意思決定(Shared Decision Making : SDM)を目指す。患者が同意する場合は家族や支援者に意思決定への参加を求める¹⁰⁾⁻¹²⁾
- ・攻撃性と暴力の予防・管理においては、患者自身および対応するスタッフ、周囲の者の身体的・情緒的安全性と尊厳がすべてに優先される¹²⁾
- ・精神障害により興奮・攻撃性を示す患者への対応は当事者中心のアプローチを基盤とし、精神科治療・ケアの一環として位置づけられなければならない^{10) 13)}
- ・強制的な介入を極力避ける。非経口的な薬物投与による鎮静、徒手拘束、行動制限(身体拘束・隔離)実施の判断に際しては、心理的介入、内服投与などの代替方法の検討を優先すべきである^{10) 13)}

III 興奮・攻撃性の予防

1. 環境・体制の整備

精神科救急医療サービスを提供する組織においては暴力リスクの可能性のあるエリアや状況を特定しリスクの低減に努める。一般には下記のような環境・体制を整備し定期的に評価すべきである^{10) 13) 14)}。

特に、応援体制、警報システムについては実効性を検証しておくのが望ましく、各施設の暴力事故の傾向をふまえてシミュレーションを行い、日

頃から関係者が緊急事態の発生に備えるように働きかけることが重要である。

1) 一般的な施設環境の整備、スタッフの対応・体制

- ・施設環境は利用者の視点から、安全性、プライバシー、尊厳を常に保つことができるよう整備され、あわせて、ジェンダー、文化的・社会的背景等にも配慮するべきである
- ・十分な個人空間とは別に、1人で静かに過ごすことのできる部屋、レクリエーションルーム、面会室が確保されることが望ましい
- ・患者の利用する閉鎖された空間には、最低2ヵ所の出入口を確保すべきである(隔離室をのぞく)
- ・対面でのサービスを行う部屋では、スタッフと患者・家族等の間に適切な距離を保てるように家具を配置するのが望ましい
- ・行動制限下という理由だけで電話の使用が禁止されてはならない
- ・個人の所有物を安全に管理できる鍵のかかるロッカーが提供されることが望ましい
- ・攻撃性や暴力の発生に影響を与える物理的環境要因(過密な人の数、高湿度、気温の高低、不適切な空調、臭気、騒音、頻繁な人の出入り、不十分な照明)の改善に努めるべきである
- ・バリアフリーの視点から療養環境を整備することが望ましい
- ・あらゆる場面において、患者を待たせる時間は最小化すること。待たせなくてはならない場合には、ストレスを緩和するための工夫をすべきである(予定待ち時間を知らせる、くつろいで待つことのできる空間の提供、対応するスタッフの明確化など)
- ・スタッフの接遇トレーニングを徹底し、分かりやすい十分な情報提供、適切なインフォームドコンセントを実践すべきである
- ・医療チームを構成するスタッフを頻繁に入れ替えることは避けるべきである

2) 情報管理

- ・暴力リスクの高い特定の人物に関する情報をスタッフ間で適切に共有すべきである
- ・ストーカー行為やその他の暴力を予防するため、患者・スタッフの個人情報やプライバシーにかかわる情報は慎重に管理されなければならない

3)緊急時の対応手順と応援体制

- 緊急時の対応手順の整備
警報システムの使用、応援要請、警察通報を実施する判断基準を示し、関係者に周知すべきである。
- 応援体制
緊急事態の発生を知らせる施設内コードと、コード発令時の応援体制を明確に取り決めるべきである(勤務するスタッフが少ないとき、警報装置や携帯用発信機と連動させるのが望ましい)。
- チームの役割分担
応援要請を行ったスタッフと参集した者との情報共有・役割分担の方法についてあらかじめ取り決めておくことが望ましい。

4)警報システム

- 警報装置
暴力の起こりやすい場所(隔離室、診察室、面接室など)には、スタッフ以外に設置場所が分かりにくく、操作しやすい位置に、音や光で緊急事態を知らせる警報装置を設置することが望ましい。
- 携帯用発信機
携帯用発信機は攻撃・暴力にさらされている本人のみならず、発見者が応援を要請するのにも必要である。リスクの高いエリアや患者を担当する場合はもちろん、閉鎖された空間でのケアに単独で従事するスタッフは所持が望ましい。確実に応援できるグループ設定、位置情報の捕捉ができ、通報操作の単純化と誤報の減少を実現したシステムが望ましい。

5)危険物の管理

- 武器になりうる物品の安全な保管方法を決めて遵守しなければならない(キッチン用品や作業療法の備品など)
- 家具や備品は武器になりにくいものを選択するか、武器として使用されないように固定すべきである
- 入院・転入時、隔離・身体拘束の開始時、開放観察終了時、外出・外泊からの帰院時、面会時等、危険物が持ち込まれる可能性の高い場面について、人権の保護と安全性を考慮した、妥当な所持品検査の方法をあらかじめ組織で定めておくのが望ましい

2. 攻撃性・暴力の予測

1) 攻撃性・暴力の危険因子

精神障害者の攻撃性・暴力のリスクファクターについては多くの研究がなされているが依然として不確かであり、1つの評価ツールで単純に将来の攻撃性・暴力リスクを予測することはできない。暴力の長期的な予測を行う際に必ず考慮されるべき要因としては、過去の暴力歴・攻撃性エピソードがあげられる^{10) 13)}。わが国で用いられているリスクアセスメントツールとしては静的要因と動的要因を組み合わせて評価するHCR-20 (Historical, Clinical, Risk Management 20 items)¹⁵⁾が代表的である。

2) 攻撃性、暴力の兆候

すべてのスタッフが、興奮・攻撃性がエスカレートし、暴力的な行為に及ぶ可能性のあることを示す兆候を知っておき、それらを察知したらすみやかに介入を始めることが重要である。一般的な兆候としては下記のようなものがあげられる^{10) 13) 14)}。

(1) 外見や会話の変化

- ・生理的変化(発汗、呼吸促迫、脈拍増加)
- ・表情の変化(緊張、瞳孔の散大、紅潮、青筋、奥歯を噛みしめる、睨みつける、視線が合わない / 凝視する)
- ・全身の筋緊張、握りこぶしを作る、振戦
- ・話し方、会話の変化(大声、叫ぶ、構音障害、早口、短い発語、ぶっきらぼう、不作法、名前を呼ばず2～3人称を用いる、急に怒鳴る / 沈黙する)
- ・混乱(発言の内容がまとまらない、こちらの話の意味を理解しない)
- ・注意集中力の低下
- ・些細なことに反応しすぐにイライラする
- ・暴力に関連した妄想や幻覚
- ・言葉による怒りの表出、脅し

(2) 行動面の変化

- ・落ち着きがない
- ・急な行動を起こす
- ・活発に歩き回る
- ・同じことを何度も何度も繰り返す

- ・付きまとう、追いかける
- ・立ちはだかる、にじり寄る
- ・態度が乱暴である
- ・物を投げるなど物にあたる
- ・脅かすような素振り、挑発的な行動

また、患者に固有の注意すべき兆候として、普段のその人らしい言動が見られなくなる、反対にいつもしたことのない言動が見られるかどうかを観察することも重要である。

3) リスクアセスメント

(1) リスクアセスメントの目的

攻撃的行為・暴力の出現を完全に予測することはできないが、包括的なアセスメントと管理計画を実施することでそれらを低減し、安全な治療環境の確保を図るべきである。ただし、ハイリスクと査定された患者に対し、予防的な行動制限(隔離・身体拘束)や、非経口的な薬物投与による静穏化処置を行うべきではない。

(2) リスクアセスメントの対象

リスクアセスメントは評価者により差異が生じやすいため、患者自身や家族、ケアに携わっているほかのスタッフから直接話を聞き、可能であれば患者、関係者とともに多職種で評価するのが望ましい。

(3) リスクアセスメント実施の時期

リスクスクリーニングは入退院時や転室、転棟などの移動時、疾患のステージが変化し、治療・ケア内容が変更されるときなどに、すべての患者に対してルーチンに行われるのが望ましい。リスクが高いと査定された患者については、暴力的行為が発生することを想定してさらに詳細なアセスメントを行い、治療・ケア計画が作成されるべきである。

(4) リスクアセスメントの方法^{10) 13)}

リスクアセスメントには、下記のような内容を含むようにする。攻撃性・暴力の短期予測においては臨床的な判断にあわせてBVC (Brøset Violence Checklist)¹⁶⁾ やDASA-IV (Dynamic Appraisal of Situational Aggression)¹⁷⁾などのツールを活用し客観的な評価を行うことが望ましい。

① リスクの性質と程度の予測

攻撃性・暴力のターゲット、規模、頻度、実際に起きる可能性を特定する。過去に暴力歴がある場合、発生日、突発性、暴力の種類、ターゲット、場所、武器の使用、被害の程度、暴力を止めた方法、結果(逮捕、医療機関 / 施設の変更など)を詳細に検討する。

②精神疾患、環境、ほかの状況因子との関係

リスクとほかの要因との「関係」を評価する。その患者に固有な注意すべき兆候、引き金について特定し、暴力が予測される状況を検討する。

③攻撃性・暴力のリスクを増加・減少させる因子

リスクを増加させる因子(服薬、嫌なプログラム、部屋の環境など)、減少させる因子(家族や友人、特定の気分転換など)を探し、有効な介入方法(関わりのコツ、頓用薬の使用など)を検討する。患者自身が暴力を振るう引き金や攻撃性が高まってくるサインについてどう認識し、コントロールしようとしているか確かめることが重要である。

④評価者間のギャップの確認

評価結果についてスタッフ、関係者、患者の間に情報や評価のギャップがないか確認し、さらにアセスメントの必要な領域があれば明らかにしておく。

⑤攻撃対象保護の方法

考える最悪の状況を想定し回避策を検討するとともに、回避できなかった場合の攻撃対象の保護方法を具体的に検討する。

(5)治療環境のリスクアセスメント

組織の管理者は、実態調査や報告事例より、自施設における暴力事故のリスク分析を行い、加害者、被害者、環境、引き金となりうる危険因子、事故の起こりやすいパターンや状況を検討し、対応策を検討すべきである。

4)情報の共有

リスクアセスメントのために集められた情報と評価の結果は、組織内で統一された記録様式に確実に記載し、医療チーム内のみならず、必要に応じて部門間や地域ケア担当者との間で適切に周知すべきである。特に入退院や病棟の移動、転院など患者が移動する際に、暴力インシデントなどの重大な情報伝達が確実に行われるよう配慮すべきである。また、攻撃性・暴力的行為のリスクの高まっている患者や、トラブルの起こりやすいエリアに関する情報が常に更新され、実習生等を含めたスタッフ全員に周知さ

れるシステムを整備することが望ましい。

3. スタッフの研修・トレーニング

組織の管理者は患者に直接かわる者のみならず、すべてのスタッフに対して、興奮・攻撃性を示す患者の対応に関する基本的な教育研修を行わなければならない。また、行動制限に関する研修会を行うことは、知識や理解を高め、確かな技術を身につけることのほか、組織の意識を高めることや、共通認識を育成して、担当者間のばらつきを最小化することに結びつく。したがって、安全で適正な行動制限の実施、つまり事故防止と最小化のために各医療施設において適宜研修会が行われるべきである。研修会にはいくつかの水準があり、院内レベル、外部の機関が行うもの(学会や看護協会などの団体)のほか、病院間相互訪問(ピアレビュー)などが知られる。

Ⅳ 攻撃性・暴力への介入

1. 心理的介入

1) ディエスカレーション^{10) 13) 14) 18)}

ディエスカレーションとは、心理学的知見をもとに言語的・非言語的なコミュニケーション技法によって怒りや衝動性、攻撃性をやわらげ、患者を普段の穏やかな状態に戻すことをいう。

興奮状態・攻撃性の高まった患者に対しては、ディエスカレーションテクニックがほかの介入に先立って用いられるべきであり、ほかの介入が必要になった際にもリスクアセスメントと併せてディエスカレーションテクニックが使用され続けるべきである。

ディエスカレーションを実施する際は、1人のスタッフが責任をもって状況をコントロールし、常に暴力の発生に備え、ディエスカレーションテクニックが効果的な状況か判断をすることが重要である。この役割は、必ずしも担当スタッフが適切とは限らず、特に攻撃のターゲットとなっている場合はすみやかに交代し、性別、年齢、ポジション、関係性などを考慮し、その状況を解決するのに最適なスタッフが対応するべきである。

(1) 周囲の環境の管理

- 応援の召集を判断し、必要以外の人を移動させる
- 近くにいるほかの患者やスタッフに対して状況を説明し、協力を求める
- 家具などを移動して必要な空間を確保するか、別の安全な場所に移動する
- テレビやラジオは消す
- 武器になる可能性のあるものは取り除く。患者が武器をもっている場合は安全な場所に置いてもらう

(2) 挑発的な態度・振る舞いを避ける

- 凝視を避ける。ただし、完全に目をそらさずアイコンタクトは保つ
- 淡々とした表情を保つ
- 高慢、威圧的な印象を与えるのを避けるため、姿勢や態度に注意する。特に、腰に手を当てたり、腕組みをしない
- ゆっくりと移動し、急な動作を行わない。体の動きは最小限にし、身振り手振りが多過ぎることや、そわそわと体を揺すったり、体重を移動するのを避ける

(3) 相手のパーソナルスペースを尊重し、自分自身が安全なポジションを保つ

- 患者に対応する前に、暴力発生を誘発したり、けがの原因になる、あるいは武器として使用される可能性のある所持品を除去する(ネクタイ、スカーフ、装飾品、ペン、ハサミ、バッジなど)
- いかなる時も相手に背を向けない
- 通常より広いパーソナルスペースを保つ(最低でも腕の長さ2本分以上)
- 対象の真正面に立つのを避け、およそ斜め45度の立ち位置とする
- 両手は体の前面に出し、手掌を相手に向けるか、下腹部の前で軽く組むなど、相手に攻撃の意思がないことを示し、万一の攻撃・暴力発生に備える
- 出入口を確認し、自分と対象の双方の退路を保つ位置に立つ。出入口やドアの前に立ちふさがらない
- 壁やコーナーに追い詰められないようにする
- 警告なしに相手に触れたり、接近しない

(4) 言語的コミュニケーションスキル

- ・ラポールを築くように試み、ともに問題解決する姿勢を強調する
- ・脅すのではなく現実的な条件を提示して交渉する
- ・穏やかに、はっきりと、短く、具体的に話す
- ・努めて低い声で静かに話す
- ・相手が意見を表現できるように助け、注意深く聴く
- ・苦情や心配事、欲求不満については理解を示すが、肩入れし過ぎたり、その場限りの約束をしないように注意する
- ・批判を避け、感情を話すことを認める。先取りして「あなたの気持ちはよく分かります」などと伝えるのは逆効果である
- ・飲み物や食べ物を摂るよう勧める

2) タイムアウト・限界設定

衝動性・攻撃性への対処法の1つで、より制限の緩い行動制限手法として、隔離・身体拘束の代替法とされる。自室や刺激の少ない施錠のない空間を用意して、一定の時間(一般的には1時間程度)を設定し、興奮をしずめ、回復や休息、静穏化を促進する。精神科医療施設は、構造的にも技法としてもこの方法の選択肢を有すべきである。医療者が提案し、治療関係における協働作業でこの方法が吟味され、患者の治療参加によって行われることが望ましい。なお、近年は刺激を遮断するのではなく感覚(視覚、聴覚、触覚、味覚、嗅覚や動き)の量や質をコントロールすることで興奮・攻撃性を鎮める感覚調整室(スヌーズレン、コンフォートルーム)の設置やツールの活用も広まってきている。

3) 力の誇示

興奮・攻撃性を呈した患者に対し、ポジションパワーを使う、複数のスタッフで対応するといった力の誇示を用いることで戦意を喪失させ、言語的介入が行いやすくなる場合がある。ただし、圧倒的多数のスタッフで取り囲むことは、逆に興奮を高めることもあり、当事者のみならず周囲の人のトラウマ体験となる可能性があるため、慎重なアセスメントのもとに行うのが望ましい。また、身体拘束が必要となった場合には、窒息や患者・スタッフ双方が外傷を負うリスクが高まるため、複数のスタッフで場当たりの介入することは避けなければならない。多数の応援スタッフが安全かつ効果的に機能するためには、具体的なインシデント場面を想定した役割の確認やロールプレイングによるトレーニングを定期的に行うのが望ましい。

4) 観察と関わりのレベル

観察は、攻撃性・暴力的な行動の管理と自殺行為予防の両方を目的として行われる介入であるが、その目的はこれらの行為の予防にとどまらず、患者とスタッフの治療的な関係の構築を目指すべきである。

観察に関しては、組織において統一した観察レベルとその実施基準を明確化し、適切に周知すべきである。観察レベルの例として英国では、①低レベルの間欠的観察(30～60分ごと)、②高レベルの間欠的観察(15～30分ごと)、③継続的な観察(必要であればほかのスタッフがすぐに応援できる体制で看護師が1：1で観察)、④複数のスタッフによる継続的な観察(2～3人のスタッフが視野内で観察し、少なくとも1人は近接した距離での観察)の4段階を設定している¹⁰⁾。

興奮・攻撃性を示唆する兆候が観察された場合は、適切なより密度の高い観察レベルに変更することが重要であり、十分な静穏が得られたことが確認されるまで観察レベルを維持しなければならない。

2. 薬物療法

1) 静穏化

環境調整や心理的介入(ディエスカレーションなど)の効果は一時的なこともあり、持続的な効果が求められる場合には薬物療法の併用が選択肢となる。当然ながら、薬物療法に伴うリスクと、期待される効果のバランスを考慮に入れる必要がある。

興奮・攻撃性を示す患者に対する薬物療法は、患者の協力性の違いによってその投与法がおおむね二分される。1つは協力が得られる場合で、内服が中心となる。このような薬物投与は、提案と同意に基づいて患者と治療者の共同作業として行われる。したがってこの場合、環境面・心理面での対応と薬物療法はともに静穏化に向けた同じ方向性を有しており、効果は相加・相乗となりえる。

もう1つは患者の協力が得られない場合で、注射剤による非経口的な薬物投与が中心である。この際、投薬が非同意となることから、その目的が本来静穏化であっても、人的対応の部分で興奮・攻撃性を刺激するプロセスが一定程度不可避となって、心理面と薬物における効果の方向性が一部逆向きとなる可能性がある。このため、投与の必要性については慎重でなければならない。また、第1選択の対処法として考えるべきではなく、非侵襲的な手段から順に環境調整・心理的介入(ディエスカレーションなど)・内服投与などがまず検討され、それらが実施困難・無効あるいは有害であ

る場合に考慮されるべきである。

実施においては、患者の精神状態を評価し、抵抗の程度を予測してセッティングには細心の注意を払う必要がある。複数での対応を基本とするべきで、その効果は、何よりもまず安全確保にあり、冷静な対応を可能にするほか、大勢での対応は一般に相手の戦意を減退させ、無茶な行動化を抑止する効果がある。万一暴れだしたときにも有利であることはいうまでもない。しかし時には大勢で囲むことが威圧的に感じたり、追い詰める結果となって興奮を強めたりすることがあるので、相手の反応を見ながら調整するべきである。

薬物の選択については、本ガイドラインの第4章「薬物療法」を参照されたい。基本的な考え方として、即応性・確実性と安全性・軌道修正可能の並立を目指した薬剤および投与法の選択が原則である。

2) 頓用薬

頓用薬は医療者の提案・説明と患者の合意に基づいて「不眠時」や「不安時」または「便秘時」などの場面で用いられることが一般的である。患者の焦燥感や興奮・攻撃性に対する薬物療法として精神科急性期治療で度々用いられる「不穏時」の頓用薬も同様に提案・説明と合意に基づいて使用されるべきである。

頓用薬は入院治療の場であらかじめ医師が処方し、その場に応じて看護師が投与することが多い。特に不穏時に用いられる頓用薬は看護師の立場でみると、その場に応じて患者の苦痛を緩和できる、あらかじめ暴力行為を防止できる、もしくは暴力行為が起こった際に医師の指示を待つ必要なく即応でき、安全を確保しやすいなどの利点があげられる¹⁹⁾。一方、頓用薬の誤用による過鎮静、看護師の頓用薬への依存に伴う看護技術の低下などが欠点となる¹⁹⁾。急性期病棟における不穏時頓用薬に関する研究では、一部の頓用薬が多剤併用大量処方に結びついているという指摘がなされており、漫然とした投与は慎むべきである²⁰⁾。処方にあたっては、総投与量に含めて考慮すること。表1には頓用薬の利点と欠点をまとめた。

既存のシステマティック・レビューでは有用性や有害性を示唆するに足る質の高い研究は皆無であったと述べられており、臨床現場で汎用されている医療行為であるにもかかわらず、十分な情報は得られていないのが現状であることを医師は知っておくべきである²¹⁾。英国王立精神科医学会では頓用薬適正使用のために推奨される医師の態度を示しており²²⁾、これを参考に表2に当学会としての推奨事項を示す。

表1 頓用薬の利点と欠点

利点	欠点
症状緩和を即応できる	多剤大量化の惹起
指示により医師がいなくとも実施できる	過鎮静
対処手段としてしばしば有効	相互作用の発現
予防的投与の意義	人的対応の低下や技術向上の阻害
投与量の目安に用いることができる	依存や常習化
コミュニケーションの題材としての意義	効果判定の困難

表2 精神科頓用薬に関する推奨事項(文献22)を参考に改変)

1. 頓用薬の投与量は一定とすべきで、任意で決められるような幅のあるものは好ましくない。
2. 筋肉注射と経口投与は同じ量としてはならない。生体利用率が投与経路によって異なるため同じ量でも効果は同等ではない。
3. 頓用薬は漫然と投与されるべきではない。医師は処方を見直して定期処方のみとする努力が必要である。
4. 薬物の奏功が高い予測性で見込まれる病態にのみ使用されるべきである。
5. 理想的には定期処方されている薬と同じものが頓用薬として追加投与されることが望ましい。抗精神病薬を頓用薬として処方する場合、1種類のみにするべきである。
6. 頓用薬と定期薬をあわせて大量処方となる状態は避けるべきであり、やむなく高用量となる場合は患者の合意と身体状況に十分配慮しなければならない。
7. 依存形成の観点から、ベンゾジアゼピン系の処方は短期間にとどめること。

3. 身体的介入

1) 基本的な考え方

本ガイドラインにおいては、身体的介入は危機離脱技術であるブレイクアウェイと徒手拘束を指す。身体的介入は不幸にして身体的暴力が発生した際の、最終手段として用いるものであり、介入の全過程を通じてアセスメントと心理的介入、環境調整が継続されなければならない。やむをえず身体的介入を実施する場合においては「妥当な力」の行使が常に考慮されなければならない^{10) 13) 14)}。

身体的介入技術は、患者・スタッフ双方の安全と尊厳が最大限に保障される、実際に有効なものでなければならず、攻撃性・暴力への対応の理念を正しく理解し、十分に訓練されたスタッフのみにより、マニュアルに則って用いられるべきであり、乱用してはならない。また、身体的介入の方法は常に検証され、より苦痛の少ない、安全な方法が検討されなければならない。

2) ブレイクアウェイ

ブレイクアウェイは、護身術や合気道を基礎に、予測が困難な状況で突発的に相手から攻撃されたり、抑えられたりしたときに、可能な限り相手にダメージを与えずに1人で離脱するためのテクニックである。しかし、あくまでもこれらの技術が必要となる状況を作らない態勢と、リスクアセスメントが必要である¹³⁾。

精神病状態にある患者の身体的暴力へ対処する場合、これらの危機離脱の技術を用いたとしても、相手やほかの人々に傷害等を負わせて正当防衛として許される範囲はかなり狭いと考えられる⁹⁾。患者から攻撃・暴力を受ける可能性が高まった際に、安全に介入できる態勢・環境が確保できないのであれば、その場から一時退避することが優先されなければならない。

ブレイクアウェイの原理

- ① Quick (素早い動きでふりほどいて逃げる)
- ② Technique (解剖を理解し、ふりほどきやすい方向に力を加える)
- ③ Surprise (相手が驚いている間に逃げられるような手法)

3) 徒手拘束

徒手的な身体拘束はどのようなポジションにおいても危険が伴うものである。徒手拘束と専用の拘束具を用いた機械的身体拘束はすべての介入が奏功しなかった場合に用いる最終手段とすべきである。徒手拘束の実施時間は最短にとどめ、必要な場合は非経口的な薬物投与による鎮静、隔離などが検討されるべきである。

徒手拘束は複数のスタッフで実施すべきであり、訓練されたスタッフがチームを組んで手と関節を押さえることにより攻撃者の動きを抑制し、かつ安全に移動する技術であるチームテクニクスという手法が知られている¹³⁾。

徒手拘束の原則^{10) 13) 14)}

- ・最低3名のスタッフでチームを編成する。患者の興奮が激しい場合などは必要に応じて5名以上で対応する
- ・チームメンバーの1名が、身体的介入の全過程において下記について責任をもたなければならない
 - 患者の頭頸部の保護・支持
 - 気道確保、呼吸確保
 - バイタルサインのモニタリング

—身体的介入のプロセスの指揮

- 身体的介入の全過程において頸部、胸部、腹部、背部、骨盤を直接圧迫してはならない。腹臥位をとることはできるだけ短時間に留めるべきである
- 身体的介入の全過程において、可能な限り患者が心身ともに安楽かつ面子が保てるようモニタリングしなければならない
- 身体的介入はすべて人的な、必要最小限の力を使用して行われなければならない(患者に痛みを与えることには何ら治療的な価値はない)。痛みを与えることが正当化されるのは、スタッフ、他患者などを緊急に救出する必要性が生じた場合のみである
- 精神疾患をもつ患者は冠動脈疾患、脳血管疾患、糖尿病、てんかん、呼吸器疾患等を合併している場合が少なくないため、徒手拘束による有害事象が介入中のみならず介入後にも発生する可能性に留意して身体状態をモニタリングしなければならない

V 暴力インシデント発生後の対応

暴力インシデント発生後の介入を行う目的は、暴力の発生による個人、組織への影響を最小化し、再発を防止することにある。介入の対象は事故の被害者だけでなく、加害者、直接または間接的に事故にかかわった者がすべて含まれる。

1. 感染防止

暴力行為を鎮静化する過程における唾液や血液への曝露、咬傷等による感染を予防するためにスタッフはあらかじめ必要な個人防護具を装着することが望ましい。患者またはスタッフが受傷し、皮膚組織の損傷、血液・体液の付着が生じた場合は、組織の感染症管理指針に則り、対策を講じなければならない。

2. インシデントの報告および情報共有

非経口的な薬物投与による鎮静、身体的介入、行動制限を要したすべてのインシデントは確実に診療録に記載されるとともに、組織内で定められ

た形式・方法に従い報告されるべきである。攻撃性・暴力を呈した患者の状態に関する情報は、すべての関係者間で適切に共有され、特に患者の入退院や病棟の移動、転院時などの情報伝達が確実に行われるよう配慮すべきである。

3. 事故後のサポート

1) 被害者の保護・ケア

死者や重傷者が発生したようなきわめて深刻な事故では直接、間接に関与したほとんどの者に心理的影響が及ぶ。また被害者本人だけでなく、身近な同僚、上司、部下には二次受傷による心理的反応がしばしば出現する。二次受傷とは、被害者と精神的に関わりをもつ者に生じるトラウマとそれによる心身反応である。一般的に被害者と心理的距離が近かったり、事故の発生になんらかの自責感を抱いていたりすると二次受傷が生じやすい。ただし、暴力の影響はきわめて個人差が大きく、インシデントの客観的な規模とは必ずしも一致せず、攻撃行為や言語的暴力のほうで、身体的暴力を受けた場合よりも深刻な精神的ダメージを負わせることもある。また、ストレス反応は事故直後よりも勤務終了後～翌日以降に顕在化することが多く、精神科医療従事者の特性¹⁴⁾にも留意したサポートが求められる。

原則的には、攻撃や暴力のターゲットとなった者は、ただちに攻撃者の視界に入らない場所に保護し、攻撃者が十分静穏化したことが確認されるまで再接近を禁じるべきである。受傷している場合はすみやかに、必要な検査、医師による診察や治療、処置を行うこと。スタッフについては、業務遂行の継続が可能かどうか、複数のスタッフが受傷した場合などは他部署からの応援が必要か、管理職による判断と調整がなされなければならない。また、事故に直接関与したスタッフとそれ以外の者では事故に対する関心や態度の差が生じることは避けられない。このため、事故の被害に遭ったスタッフが、事情をよく知らない同僚から不用意な励ましや助言、事故に関する質問、事故回避の可能性についてのコメントなどを受け、かえって孤立感や無力感を抱いたり、同僚や組織に対する怒り、不信感を深めることのないように配慮することが望ましい。事故により病気休暇を取得する場合、スタッフが確実に支援されるよう、管理者は休暇中ならびに復職にあたってのモニタリングを行い、積極的かつ慎重に対応することが望ましい。また、スタッフが暴力の被害者になった場合、そのスタッフが加害者になる可能性も高まるため、インシデント発生直後の加害者への

直接ケアには、被害に遭ったスタッフを関与させることは避けなければならない。

2) 事故後の心理的ケア

インシデントにかかわったスタッフ・患者、インシデントを目撃したほかの患者・面会者などには、インシデントへの関与の度合いによらず、危機介入の必要性を査定すべきである。事故後の心理的ケアは関係者の心理的な問題が遷延するのを防ぐ目的で個人および集団で実施し、そのプロセスにおいて関係者のニーズが査定され、必要なアフターケアが提供されるのが望ましい。

深刻な事故が関係者にもたらす心理的影響を放置すると、業務能力の低下、人間関係の悪化、士気の低下、燃え尽きや離職といった形で職場内の問題に発展する可能性があることに十分留意する。

(1) 当事者以外に対する心理的ケア

事故の被害者あるいは事故の収束に当たっているスタッフ以外の集団(または個人)に対し、事故の発生後すみやかに、管理者が全員を集合させ、あるいは全員集合が困難な場合にはグループに分けて、事故の概要と対応状況に関する情報提供と、ストレス反応および対処方法の心理教育を実施することが望ましい。この介入は危機管理ブリーフィング(Crisis Management Briefing)^{23) 24)}と呼ばれ、事故当事者以外に安全を保証し、不安や動揺を示している者へのサポートを提供することで、不要な混乱、憶測による噂の流布、不安の増大を防ぐのに効果的である。特に、重大な事故発生後は医療チーム内の緊張が高まり、事故のみへの関心の集中、情報伝達の混乱などが生じ、チームが機能不全に陥りやすい。事故を公に扱い、情報を共有することで、スタッフ間のコミュニケーションを改善することが事故の再発防止にも重要である。

(2) 事故の収束にあたったスタッフグループへの心理的ケア

事故の収束にかかわったスタッフなどのグループを対象に、管理者またはシフトリーダーなどが、事態収束後ひと段落着いたところで再集合させ、10～20分程度でただちに実施する。この介入はディモビライゼーション(demobilization)^{23) 24)}と呼ばれるものであり、事故に関して分かっていることと分かていないことについて再度情報提供し、互いに情報交換をする。この際、栄養のある食物を提供し労をねぎらうのが効果的である。ディモビライゼーションは、事故の収拾にあたったスタッフの緊張を緩和し、適応的な心的防衛機制を促進し、通常の業務に戻るのを円滑にすることと、スタッフ個人のその後のストレス反応を予測するのに重要な場となる。

(3)被害者および周囲の者に対する心理的ケア

①インシデント発生直後の対応

インシデント発生直後は、被害者に対してつぎのことを心がける。

- ・共感的態度による心理的サポート
- ・現実的・実地的な援助(傷の手当、付添い、休養の保証、勤務交代等々)
- ・起こりうる心理的反応に関する説明
- ・セルフケアとしての対処法の説明
- ・職場ラインでの相談先の明確化
- ・さらに援助が必要な場合の相談手段に関する情報提供

深刻な事故では被害者の周囲の者も強い心理的衝撃を受ける(二次受傷)。したがって直接の被害者だけでなく、周囲の者の二次受傷への対応(心理的反応やセルフケア、職場ラインの相談先の説明など)も必要である。

②インシデント収束後の対応

被害者への心理的ケアは以下の3段階に沿って実施する。

第1段階：セルフケア(本人に心がけてもらう自己対処法)

- ・ストレス体験がもたらす心理的反応をよく理解する
- ・精神的孤立を避け、家族や友人との絆や交流を普段以上に大事にする
- ・信頼できる相手に自分の気持ちを聴いてもらうことで、心を軽くする
- ・プラスの対処行動を積極的に工夫する(趣味やスポーツ、リラクゼーションによる気分転換など)
- ・マイナスの対処行動はストレス緩和につながらないので避ける(過度の飲酒、じっと引きこもる、一時のうさ晴らしなど)

第2段階：職場でのケア

- ・ストレス体験がもたらす心理的反応をよく理解する
- ・同僚同士の配慮と支え合いのある職場環境
- ・ライン(上司)による配慮と取り組み
- ・長期的影響のモニターと対策検討

第3段階：専門的ケア

- ・ストレス症状が強い個人をモニターし、早めに専門的治療を紹介する

なお以上の内容については、普段から職場内研修などで啓発に努めることが望ましい。

4. インシデントのレビュー

事故から教訓を得ること、スタッフ・患者の支援、スタッフと患者および関係者との治療の関係性の再構築と促進を目的としてスタッフ間でインシデントのレビューを行う。レビューはできるだけ早期に、遅くとも1ヵ月以内に、事故に直接関係しないリスクマネージャーなど、第三者の協力を得て実施するのが望ましい。事故後のスタッフの感情的、心理的サポートにおいて管理者の果たす役割はきわめて重要であり、事故原因の徹底的な追求と適切な再発防止策の検討を進める役割を同時に担うのは困難な場合が少なくない。このため、職場の管理者以外のリソースに協力を得ることが推奨される。また、攻撃・暴力的行為に関する事故の発生要因は複雑であり、レビューにおいては当事者のみに事故の責任を帰すことのないよう留意すべきである。

重大な事故のレビューを行うにあたっては、感情的な問題を制御し、安全に話し合いが行えるようにするため、下記のような点に留意して事前の準備を行うことが望ましい。

- ・関係者への影響の査定と参加者の調整

管理者の参加は必須である。当事者はもちろん、スタッフ全員にできれば個人的に話を聞き、事実確認と事故に対する受け止め方、ストレス反応の有無を査定し、出席者を調整する。レビューに参加しない・させないスタッフに対しての配慮を欠かさないように十分留意する。

- ・場所、日時、所要時間

安全な話し合いができる場を準備するには、場所・日付だけでなく、できるだけ参加者が中座しなくてよく、その後の業務への影響も配慮した時間帯を選択する。

- ・会場設営

事故の内容によっては座席の配置、参加者の座る位置も調整する。

- ・レビュー開催の告知

レビューの開催目的を明確化し、前もって参加者への告知を行っておく。

- ・当日のレビューの運営

司会、書記、プレゼンターを誰が担うのが安全か検討し、事故当事者に過度の負担がかからないようにする。

レビューでは下記の内容が扱われる。

- ・インシデント発生の経緯・概要
- ・攻撃性・暴力の引き金となった要因

- ・インシデントにおける患者・スタッフの動き、果たした役割
- ・今後の治療・ケアプラン

レビュー終了後も、討議記録の保管、関係者への報告を適切に行い、医療チームとして事故に区切りをつけ、得られた教訓を前向きに生かしていく雰囲気を保てるよう、長期的な支援が必要である。

5. 加害者への対応

危機的状況が終息したあと、加害者となった患者については日常の活動への復帰に向けての関わりと再発防止のための取り組みとが必要となる。これには日常の生活に戻るために行うデブリーフィング(debriefing)と、さらに再発予防のための治療的な介入がある。最終的には加害者が起こった出来事から学習し再発防止へのモチベーションを高め、日常生活に戻ったあとには再発予防のための取り組みが行われる。これには認知行動療法による怒りのセルフマネジメントや危機的状況に対して本人との契約に基づいたケアプランの作成などがある。なお、医療観察法で行われる「内省プログラム」²⁵⁾のように重大な他害行為に対しての認識、被害者への共感性を養うためのプログラムも、治療的戦略のモデルとして今後普及していくことが期待される。いずれの過程でも医療者だけが方針の決定を行うことは望ましくない。当事者(もしくは代弁者)と協働して意思決定を進めることが重要である。

1) デブリーフィング

ここでいうデブリーフィングは心理学的デブリーフィングとは異なるものであり、「暴力がもたらす不利益に気づき、代替的な行動ができるように学習する」¹³⁾ことが目的である。Six Core Strategiesでは「隔離・身体拘束が行われたあと、隔離・身体拘束実施の詳細な分析から知識を得て、その知識を活かしてつぎの実施を回避するための考え方、手順と実践を普及することを基本とする」、「隔離・身体拘束の実施にかかわったすべてのスタッフそして当事者である患者(医療消費者)、同様にそこに居合わせた人にも隔離・身体拘束によって心的外傷となる心理的副作用を和らげること」という2つのゴールを目指してデブリーフィングが行われる²⁶⁾⁻²⁹⁾。これはもともと「危機的出来事について何が起こったか、またつぎの結果が予防できるかあるいは起こっても、少しでも良くなるように厳密に分析すること」³⁰⁾から発展しており、暴力という危機的出来事を当事者が分析できるよう援助するためのツールとなる。

デブリーフィングは、日常生活に戻るために引き金となった問題の解決や出来事によって崩れた人間関係の修復を含む。加害者である当事者は自身の置かれた状況や処遇に対して不公平感をもつ場合もある。このため加害者にかかわる際には加害者が公平であると感じることができ、ポジティブな関係をとれるスタッフであって、責任をもつ立場の者(多くの場合は医師や病棟師長、主任級スタッフ)が行うことが望ましいとされる。患者には以下のことについて話を聞いていく

- (1) インシデントに先行した事象(どんな状況だったか)
- (2) インシデントの内容(どんなことが起こったか)
- (3) 内面の言語化の促し
- (4) インシデントの間、加害者自身はどう行動したか
- (5) インシデントの結果、本人や周囲の人はどうなったか
- (6) 関係の再構築に向けた準備(被害者への謝罪、ほかの患者への説明)
- (7) 関係の再構築とその後の関わり
- (8) 再発予防のための方法は何か

かかわるスタッフはスタッフ側からはどういうことが観察されていたかについても話しながら、当事者が自身に起こった変化に気がつくように話を進める。

(6)～(8)はその場だけでなく時間をかけて行う必要があることもある。加害者が他罰的な意識から謝罪したいという気持ちに変化していく過程をサポートしつつ謝罪などを行う。

2) 日常の対応

(1) 危機的状況に対する契約に基づいたケアプラン

リスクの高い当事者と危機的状況になることについて、その引き金となるような要因や対処法について当事者とともに検討し、契約として当事者、スタッフ双方の署名をした文書(セーフティプラン、クライシスプランなど)を作成しておく^{10) 13)}。このことで危機的状況に対して当事者の選択を取り入れた管理的でない有効な介入がなされ、危機的状況を回避することができる。

(2) アンガーマネジメント

怒りに対して、認知行動療法としてのアンガーマネジメントが有効であることが確認されている。日常のプログラムとして導入可能ならば検討することも必要である。

文献

- 1) 日本看護協会：保健医療福祉施設における暴力対策指針—看護者のために—, 2006.
- 2) Lindenmayer JP, Crouner M, Cosgrove V : Emergency treatment of agitation and aggression. Review of Psychiatry vol. 21, Emergency Psychiatry (Allen MH, ed.), American Psychiatric Publishing Inc, 2002.
- 3) Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) : Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services : TIP 57. 2014.
- 4) Substance Abuse and Mental Health Services Administration (大阪教育大学学校危機メンタルサポートセンター, 兵庫県こころのケアセンター 訳) : SAMHSAのトラウマ概念とトラウマインフォームドアプローチのための手引き, 2018.
- 5) Hopper EK, Bassuk EL, Olivet J : Shelter from the Storm : Trauma-Informed Care in Homelessness Services Settings. The Open Health Services and Policy Journal, 3 : 80–100, 2010.
- 6) Goodman LA, Dutton MA, Harris M : The relationship between violence dimensions and symptom severity among homeless, mentally ill women. J Trauma Stress, 10 : 51–70, 1997.
- 7) Mueser KT, Goodman LB, Trumbetta SL, et al : Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness. J Consult Clin Psychol, 66 : 493–499, 1998.
- 8) De Bellis MD, Zisk A : The biological effects of childhood trauma. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am, 23 : 185–222, 2014.
- 9) NICE : Service user experience in adult mental health : improving the experience of care for people using adult NHS mental health services. Clinical guideline 136. 2011.
- 10) NICE : Violence and Aggression : Short-term management in mental health, health and community settings Updated edition. NICE guideline 10. 2015.
- 11) UK Department of Health and Social Care : Equity and excellence : Liberating the NHS. 2021/8/1, [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213823/dh_117794.pdf]
- 12) NICE : Decision-making and mental capacity. NICE guideline 108. 2018.
- 13) 日本こころの安全とケア学会 編 : CVPPPトレーニングマニュアル 医療職による包括的暴力防止プログラムの理論と実践, 中央法規出版, 2019.
- 14) 鈴木啓子, 吉浜文洋 編著 : 暴力事故防止ケア, 精神看護出版, 2005.
- 15) Webster CD, Douglas KS, Eavas D, et al (吉川和男 監訳) : HCR-20 暴力のリスク・アセスメント第2版, 星和書店, 2007.
- 16) 下里誠二, 塩江邦彦, 松尾康志, 他 : 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. 精神医学, 49 : 529–537, 2007.
- 17) Ogloff JR, Daffern M : The dynamic appraisal of situational aggression : An instrument to assess risk for imminent aggression in psychiatric inpatients. Behavioral Sciences & the Law, 24 : 799–813, 2006.
- 18) Glick RL, Berlin JS, Fishkind A, et al : Emergency Psychiatry : Principles and Practice, 117–147, Lippincott Williams & Wilkins, 2008.
- 19) 藤田純一, 小林桜児, 伊藤弘人, 他 : 公立単科精神科病院における頓用薬使用の実態と意識調査. 精神医学, 51 : 567–577, 2009.
- 20) Fujita J, Nishida A, Sakata M, et al : Excessive dosing and polypharmacy of

- antipsychotics caused by pro re nata in agitated patients with schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci*, 67 : 345–351, 2013.
- 21) Douglas-Hall P, Whicher EV : ‘As required’ medication regimens for seriously mentally ill people in hospital. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2015.doi : 10.1002/14651858.CD003441.pub3.
 - 22) Bowden MF : Audit : prescription of ‘as required’ (p.r.n.) medication in an in-patient setting. *Psychiatr Bull*, 23 : 413–416, 1999.
 - 23) GSエヴァリー, JT ミッチェル (飛鳥井望 監訳) : 惨事ストレスケア ; 緊急事態ストレス管理の技法, 誠信書房, 2004.
 - 24) JT ミッチェル, GSエヴァリー (高橋祥友 訳) : 緊急事態ストレス・PTSD 対応マニュアル ; 危機介入としてのディブリーフィング, 金剛出版, 2002.
 - 25) 今村扶美, 松本俊彦, 藤岡淳子, 他 : 重大な他害行為に及んだ精神障害者に対する「内省プログラム」の開発と効果測定. *司法精神医学*, 5 : 2–15, 2010.
 - 26) Huckshorn KA (吉浜文洋, 杉山直也, 野田寿恵 訳) : 精神保健領域における隔離・身体拘束最小化－使用防止のためのコア戦略－ 翻訳にあたって. *精神科看護*, 37 (6) : 52–56, 2010.
 - 27) Huckshorn KA (吉浜文洋, 杉山直也, 野田寿恵 訳) : 精神保健領域における隔離・身体拘束最小化－使用防止のためのコア戦略－ 第一部. *精神科看護*, 37 (7) : 54–57, 2010.
 - 28) Huckshorn KA (吉浜文洋, 杉山直也, 野田寿恵 訳) : 精神保健領域における隔離・身体拘束最小化－使用防止のためのコア戦略－ 第二部. *精神科看護*, 37 (8) : 49–53, 2010.
 - 29) Huckshorn KA (吉浜文洋, 杉山直也, 野田寿恵 訳) : 精神保健領域における隔離・身体拘束最小化－使用防止のためのコア戦略－ 第三部. *精神科看護*, 37 (9) : 65–73, 2010.
 - 30) Scholtes PR, Streibel BJ, Joiner BL : *The Team Handbook* (2nd Ed), Oriel, 1998.