

危機離脱技法——差し迫った身体的攻撃への対処

看護学科

吉浜文洋

良知雅美

はじめに

精神科病院では、患者間の暴力、医療スタッフへの暴力が発生することがあり、時に重大な結果を招くこともある。暴力は、精神科病棟だけの問題ではなく、外来、訪問看護、デイケアなどでも起きている。今後、地域での医療保健福祉サービス提供の比重が増すにつれ、地域、外来部門での暴力の問題が深刻化していくことも考えられる。

精神科看護師は、だれでも暴力的な場面に遭遇する可能性があるといえる。暴力の問題を軽視せず、それへの対処を看護の課題として組織的に取りくむ必要がある。

暴力は、殴る蹴るといった身体的暴力のみではない。脅迫、暴言などの精神的な苦痛をもたらす行為、性的ニュアンスのある接触、発言などにより不快感を与える行為も精神的暴力、性的暴力といえる。

暴力はまず、予防されなければならない。精神科医療の全ての治療・看護行為は、暴力の予防、減少に関係している。このことを軸に治療的雰囲気づくりがなされる必要がある。

看護師は、暴力は予防できるとの信念のもと、油断なき状況把握、適切な判断・介入、正確な報告、全ての関係者の精神的健康回復を促す事後の支援、再発を防止するための安全管理の見直しにとり組まなければならない。なお、この論考で取り上げる暴力は、主に身体的暴力である。

患者の暴力的な行動のコントロールは、身体的にも心理的にも精神科看護領域の業務の中で最もストレスフルである。しかし、これまで精神科看護において患者の暴力をどう予測し、どのように防止するかはある程度取り上げられることはあっても行使された暴力に対処する看護技術について公的に論じられることはほとんどなかった。暴力への対処方法は、男性看護師のあいだで、仕事の合間の雑談の中であるいは病院外の非公式な場で語り継がれてきたただけだろう。

ただ、精神科看護の歴史の中で暴力への対処や身体拘束の方法が看護技術として焦点化されることが皆無だったわけではない。戦後初期まで時代をさかのぼってみると、写真入りで患者「把握」の方法が示されている精神科看護の教科書がある。

精神衛生法が公布された翌年の昭和 26 年に初版が発行され、クロールプロマジンが臨床で使われ効果が確認されだした昭和 31 年に改定第 2 版が出版された精神科看護のテキストには次のような記述とともに写真が掲載されている (図 1.2.3)。 1)



図 1



図 2



図 3

*説明には看護者は患者と密着することとあるが、写真は離れている。密着するほうが行動を制止ししやすし、患者・看護者双方の安全が保てることに注意。

(亢奮状態にある患者の看護)

・・・略・・・

烈しい亢奮患者に注射とか、電撃療法を施す場合には患者を把握しなければならぬが、その際無理な手段をとると患者に負傷を与える危険がないではないから、慎重でなければならぬ。把握の際は大勢の看護者の応援を求めて、患者をとりまくと圧倒されて、患者は一時静まり注射も案外難なく可能となるものである。

患者の把握の方法は次の方式がある。

(イ) 1人の看護者だけで把握する場合には患者の後ろから両腕をもって患者を抱きかかえるか、又は患者の後ろから患者の両腕を前面で交叉して手腕関節を握って抱きかかえる (図 1)

(ロ) 2人以上の看護者が把握する場合は、患者の左右両側から患者に密に接近して片腕を1人ずつ把え、患者の上腕をかかえ前腕を手腕関節のところを把えて患者の運動を制止する。看護者の体は患者の体に密に接近して、患者の腕の運動を制限すると危険がなくてすむが、臨機応変の処置をとることも必要で、あまり形式にとらわれてはならぬ。(図2、3)

このような「患者把握の方法」は、看護技術として洗練されることなく、ある時代まで口承でのみ男子看護師の間で細々と伝えられてきた。

このテキストから14年後の1965年に「精神科看護の研究」とタイトルのついた、その時代の精神科看護の基本文献ともいえる大著が発行されている。この本は、精神科看護の歴史、看護管理から臨床看護、学生指導までを網羅した内容となっている。その中に「患者の取り押さえ方」の項目がある。全文を引用しておく。

「患者の取り押さえ方」

興奮状態の患者に種々の処置をするためや、けんかが始まった時、突然興奮し始めた時などに患者を取り押さえる必要が起こる。このような場合に、1人の看護者で取り押さえようとすることは、看護者にとっても患者にとっても危険である。必ず2人以上の組で行う。1人の看護者が患者の前面から患者の注意を自分のほうに集中させておき、そのすきに他の看護者が背後から患者に組み付き、同時に前の看護者も組み付く。患者が武器(棒・ガラス・石など)を持っている時は、看護者は数名が1組になって、マットレスや毛布を盾にして挟撃して取り押さえる。経験的にわれわれは、患者が同時に2人以上の看護者に対する時は、闘志を喪失するケースが多いことを知っている。また患者を取り押さえる際に他の患者を手伝わせてはならない。

以上述べたことは力対力という最も原始的な患者対看護者の関係における患者の処理のしかたであるが、この関係にたちいたる前には、患者の平静な時期があったはずである。この平静な時期に看護者が患者から信頼と敬愛を受けていることが、その患者の興奮期にその患者を取り押さえることや、取り扱いを比較的容易にさせるための準備になっていることを忘れてはならない。

その後、わが国の精神看護関係の雑誌である程度まとまった形で危機対処技術の紹介がなされたのは、「精神看護」2)「精神科看護」3)誌での三原晴美氏の連載であった。この連載を契機にアメリカの危険防止のための介入法が知られるようになり、臨床における暴力への対処技術の必要性が看護者自身から語られるようになっていく。

30年余の空白の時期をはさんで再び暴力への対処技術が活字となり看護者に影響をあたえたのは90年代の末なのである。これまで、精神科病院が社会的に注目される場合の多くは、職員の患者への暴力を含む人権問題であった。やむをえない看護者の身体的介入による暴力への対処であっても論じるのをはばかれる時代が続いたといえそうだ。残念ながら現在でも看護職の患者への暴力は皆無とはいえない。傷害致死事件さえ報じられることがある。精神科病院のみならず福祉関係の施設での「虐待」も問題となっている。相手を精神的に傷つける言葉の暴力は、当事者が暴力と思っていないこともある。専門職の倫理は、今後とも問われ続けるだろう。

看護職から患者への精神的、身体的、あるいは性的暴力の問題が決して過去の問題ではないと認識をもちつつ、この論考では暴力への対処について考えていくことにする。

1994年から2000年の6年間に日本精神科病院協会の医療問題検討委員会に会員病院から報告された事故報告書の集計結果では、128件の患者間の傷害、傷害致死、殺人、殺人未遂事件があったとされている。職員への傷害として報告されたのは1件のみである。

届けられている事故は、15種類に類型化されているが、患者間傷害等は16.1%を占めている。この事故類型は、年間15件から29件と一定の幅はあるが、減少する傾向を見せていない。この日精協への事故報告の集計からすると、精神科病棟においては患者間の傷害等、暴力に関係した事故が一定の率で起こり続けているといえる。4)

「精神科高度医療モデル病棟医師等養成事業報告書」平成6年（報告者 岩波明、他）は、英国における触法精神障害者（mentally abnormal offenders）の治療施設についてレポートしている。そのなかの特殊病院（special hospital）についての項目に次のような記述がある。

特殊病院における暴力事故

Hamilton(1985)によれば、1981年にBroadmoor Hospitalでおこった患者による職員に対する暴力事故は173件、患者による他の病棟の患者に対する暴力事故は195件であった。一般精神病院と特殊病院を比較した調査によれば(Larkin,1988)、特殊病院における暴力事故は高頻度で、重大な結果をもたらすものが多い。同じ調査によれば、看護職員が暴力の対象となる頻度は、患者の場合の3倍に上がる。116件に及ぶ暴力事件を調査したColdwellら(1989)によれば、暴力事件は保護室および、患者の密度が比較的高い状態の病棟内公共スペースで起こりやすい。暴力事件を起こす患者の数は比較的限られており、同じ患者が何回も事件を起こしている(Coldwell,1989; Larkin,1989)。こうした事態は特殊病院における看護職員のストレスを高め(Jones et.al.1987)、その結果特殊病院の職員確保にも影響が出ている。

対職員と对患者への暴力をあわせると年間368件である。毎日1件の暴力事件があることになる。しかも、日精協報告と違い対職員暴力が高頻度である。司法精神病棟での暴力防止プログラムの重要性がわかる。

司法精神病棟のみならず日本の精神病棟一般においても、まず対職員、对患者への暴力を予防することが考えられなければならない。暴力の発生には、空間（アメニティ）、対人関係を含む治療的環境、暴力のリスクを判断するアセスメント、適切な薬物療法、その他の暴力の自己コントロールを目的とする治療プログラムなど精神医療を構成するほとんど全てのことが関係している。その中でもこの報告では、予防的関わり最終局面ともいえる差し迫った暴力の回避から行使された暴力への対処までをとりあげる。

不幸にして暴力が行使された場合には、有効、適切に対処しなければならないのであるが、身体的暴力の発生する状況は2つに大別される。

一つには、予測が困難で突発的にある一人の看護者が身体的暴力にさらされた場合である。この場合、自力でその場面から離脱して他の医療スタッフの応援も得て患者の沈静化を図ることになる。この危機離脱技法（Breakaway）の検討がこの報告書の主要な目的である。

もう一つの状況は、ある程度暴力の行使が予測されチームとして対処する場合である。イギリスでの司法精神看護研修を受けた看護師によって日本に紹介され知られるようになったチームテクニック（C&R Control and Restraint）がそれにあたる。このチームでの対処には、日本精神科看護技術協会会員を中心としたカナダ司法精神看護研修でデモンストレーションしてもらった方法もあ

る。両者とも対処チームは3人を基本として構成されている。この報告書では、カナダ方式の紹介を行う。

暴力防止プログラムには暴力への対処後の振り返りの作業についても盛り込まなければならない。暴力防止プログラムは、暴力の予防、対処、事後対策を柱として構想されなければならないだろう。本報告は、その中でも、差し迫った暴力への対処を中心に報告する。

I. 攻撃性の沈静化

攻撃性があらわになってきた患者へ言語的介入で対処しようとする場合、念頭におくべきことを整理すると以下ようになる。5)このような姿勢での言語的介入がうまくいけば事態は沈静に向かい。身体的暴力へ発展することを防げる。

- (1) 看護者自身が自分をコントロールできていることを自己確認する。
- (2) 一呼吸置く意味でも騒ぎの起こった場所を離れ、話合いの続きは別の場に設定する。
- (3) 患者さんどうしの諍いの調停の場合は、互いに顔の見えない場所に個別に分かれてもらって話合いを持つ。
- (4) 挑発的、批判的にならないように、穏やかな口調、落ち着いた態度で話す。
- (5) 「怒っている様に見えますが・・・」等その場で明確と思われることを客観的に伝えることから話し始める
- (6) 感情的になる、見下げた口調、高圧的になる、脅す等がないようにする
- (7) 適当な距離を置いて両者とも座って話すのが望ましい
- (8) 患者さんが話し始めたら話しの腰を折らないようにじっくり聞く
- (9) 躁病性の興奮の場合には、上手く話題を変えられれば穏やかになることもある。
- (10) その場を切り抜けるためだけのできない約束はしない。
- (11) 挑戦と受け取られることもあるから視線を合わせ続けない。
- (12) 興奮の引き金となったこと、いきさつを話してもらうようにする

<ワンダウンポジションとアサーティブな構え>

黒木は、警察官として暴走族などと接した経験から、尋問や警告であっても「ごめん」と小声で話しかけ、穏やかに諭すことの効果を述べている。丁寧なことばで、声をひそめて話す気遣いをしめせば、相手の顔を立てたことになり「こちらの言葉に素直に耳を傾けるから不思議だ」と。6)これは、家族療法のワンダウンポジションを思わせる対応である。

「全てのコミュニケーションの相互作用はシンメトリーかコンプリメンタリーのどちらかであり、前者は同一性、後者は差異に基づいている」44)というのがシステム論的家族療法の基礎をなすコミュニケーション論の「公理」の一つである。

ここでいうシンメトリー（相称的、対称的）は、双方の反応が類似している例えば怒りに怒りをもって答えるような関係である。コンプリメンタリー（相補的）は、「支配—服従」「救済—依存」のような相手と異なる行為で反応することで形成される関係である。

シンメトリー的關係が、ワンアップポジションを取り合っただけでエスカレーターとするのに対し、コンプリメンタリー的關係にある二人は、ワンアップポジションとワンダウンポジションの二つの異なった位置関係をとる。45)

ベイトソンのコミュニケーション理論を背景にした家族療法では、治療者の立場としてワンダウンポジションをとることが望ましいとされている。それはクライアントが権威に反応することはまれであるという経験から来ている。権威に従わせようとする姿勢では、面接は上手くいかないのである。

先々、状況によってはワンアップに切り替えるにしてもとりあえずワンダウンの位置から出発するほうが、治療の機動性を持ちやすいというのが理由の一つである。7) 8)「すみません。よろしいでしょうか。」「大きな声だと、ほかの患者さんが迷惑ですからもう少し小さい声で話していただけないでしょうか・・・」など興奮している攻撃的な患者と話すには慇懃無礼と思われて、さらに興奮させない程度の丁寧さが必要である。意識的に看護師も低いトーンで話し、相手も声を抑えて話してもらうことに成功すればそれだけで事態は沈静化に向かうこともあることを経験している看護師は多いのではないだろうか。

看護師がコンプリメタリーな関係を意識しワンダウンポジションをとることで、患者は命令に従ったのではなく、主体的に協力したのだと自己の有能感を確認できるのである。

これは、対立をエスカレートさせていくシンメトリーな関係ではなく、相互に補いあいながら形成していく〈お願い—協力〉のようなコンプリメタリーな関係に引き入れたからとも言える。興奮し、攻撃的となっている患者との対応では、少なくとも、エスカレーションゲームとなりがちで、シンメトリーな関係となることを回避し、まずコンプリメタリーな関係に移行させることを考えなければならない。

一方、攻撃を受けやすいのは自信なさげで、おどおどして威嚇すれば従わせることが可能ではないかという雰囲気を持っているスタッフだといわれる。その意味では、表 1 の自己主張的行動を意識しておく必要があるともいえる。

背筋がのびていて、リラックスした姿勢で、相手と適度な距離を保って向き合い適度なトーンの声で自分の気持ち、意見を率直に伝える——これがアサーティブな構えである。このようなアサーティブな構えで望むか、さらに腰を低くしてワンダウンポジションをとるかは攻撃的となっている患者への有効性を考えて決めることになる。この2つの構えは、矛盾するようにも思える。しかし、ワンダウンの姿勢で臨むが、その底にはアサーティブな構えが潜んでいるということは可能だろう。

<言語的介入における脅かさない姿勢>

興奮し攻撃的となり始めた患者に言語的に介入し沈静を図ろうとする場合、徒に刺激することを避けなければならない。それと、再度攻撃性がエスカレートし暴力にいたる可能性を考えておく必要もある。看護師は脅威を与えず、しかも、もし患者が殴りかかってきたり、蹴りつけてきたりした場合に間髪をいれず防御に入れる姿勢で話合いに臨まなければならない。

両者、立ったまま話しが続く場合、刺激せず、暴力に対処することを意識した姿勢が「脅威を与えない防御姿勢」である。「Therapeutics For Aggression psychological/physical/crisis intervention」9)では「脅威を与えない防御姿勢 (Nonthreatening Protected Posture)」について図4のような二つの姿勢を示し、留意することとして次の点を挙げている。

- (1) 患者のやや斜め位置に立ち、手をあごに、あるいは腕を交差させて両肘部を軽く支える。手や腕をできるだけ自然な形で保ち、迅速な自己防御行動が取れるようにしておく。
- (2) 距離をとった安全域（危険域から離れた）に身をおくように注意し、患者の真正面に位置するのではなく、やや斜めに立つようにする。

(3) この姿勢によって得られた身体的な安全の確保は、状況の緊迫感にも関わらず危機に現実的に対応できる自信を生み出す。一方、この状況から退避しなければならない場合もある。



図 4-1

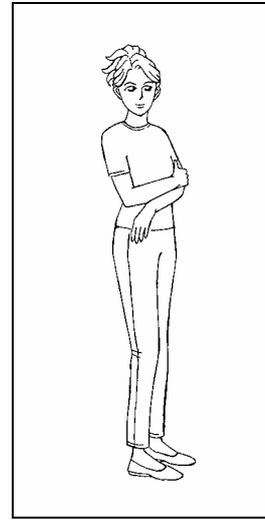


図 4-2

患者の斜めの位置に立つのは正面に立つと、急所の集中している人体の正面が無防備なまま相手にさらされるからである。実際には、相手は向きを変え、距離を縮めと動き回ることもあるから、相対している看護師もそれに合わせて、体の向き、相手との距離を調整することになる。

患者の正面に立ち、腕を組むと権威的で不遜な印象を与えかねず、時には反発を招き、攻撃性をエスカレートさせることもありえる。

「脅威を与えない防御姿勢」は、患者を刺激しないだけでなく、もし事態が悪化した段階で防御に移るのに有利でもある。

このアメリカの文献で述べられている「脅威を与えない防御姿勢」は、少林寺拳法の「体構え」とほとんど同じである（図 5）。精神科の看護師であり、京都大学少林寺拳法部監督である吉田は、少林寺拳法を精神科看護に生かそうとする立場から次のように述べている。

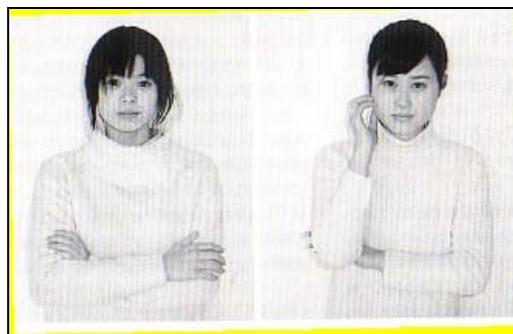


図 5

「私は、どのような場面においても胸前で深く腕を組むということはせず、腰に手を当てたり、後ろに手をやるということも基本的にはしない。胸前で腕を組むにしても、写真 1（図 5 左）のように、本当に浅く、むしろ腕を組んでいる振りをしているだけといったほうが正しい。基本姿勢は写真 2（図 5 右）のとおり、右手を水月（俗にいうみぞおち）の前

で横に置き、右手は頬杖をつくような形で頬に触れているポーズをとる（少林寺拳法の体構えの一つで、たて無相構え）。この体勢にしておくことで、相手の話を考えて聞いているように見えるうえに、顔面への攻撃に対し右手ですぐに対応でき、腹部への攻撃に対しても左手の少しの移動で対応できるのである。そしてこの体勢をとることにより、私自身は突然の攻撃に対してこころが備える。」¹⁰⁾

興奮した患者を脅やかし、さらに興奮を煽らないように言語的介入を行うには、この姿勢で話しかけるのが自他を守るために最も有効といえるようだ。

C&Rのサイドステップ（サイドウェイ）も手の位置は違うが、斜めに構えることなど「脅威を与えない防御姿勢」と共通する部分がある。¹¹⁾¹²⁾

攻撃的となる可能性のある患者と話し合わざるを得ないときに個人の安全を確保するには次のような点にも注意を払う必要がる。¹³⁾

- ・ 穏やかに、明瞭に、具体的に話す。
- ・ 患者との距離は最低でも腕の長さ以上にたもつ。
- ・ 向かい合うのではなく、斜め横に立つ（近くに立つ場合）。
- ・ 物で攻撃されたときには、持ち上げやすい軽い椅子は防具として使える。
- ・ 部屋から逃れるのに家具や人物にじゃまされない位置に身をおく。
- ・ 必要となれば椅子、床頭台等で物理的なバリヤをつくることを想定しておく。
- ・ 攻撃性がエスカレートしてきたら背後を見せない、視覚によるコンタクトを持続する

また、暴力的な患者と相対する場合の「してはならないこと」として、次のようなことも意識しておくといいたいだろう。¹⁴⁾

- ・ 患者が危険かもしれないという直感を無視しない。
- ・ 危険な状況から避難できると、自分の能力を過信してはならない。
- ・ 怒っていたり、脅迫的であったり、落ち着かない人を直視しない。
- ・ 警告なしに、触れたり、驚かせたり、急に近づいたりしない。
- ・ 十分な援助なしに患者を抑制しようとしてはならない。

II. 身体的介入：危機状況からの離脱と介入

<攻撃性の兆候>

怒りや攻撃性の全てが破壊的なのではない。「ムッ！」といった程度の怒りは、誰しも日常的に感じる。怒りには肯定的機能もある。義憤に駆られてと表現されるように怒りは行動のエネルギーとなることもある。健康な対人関係では怒りを率直に表現することで強い意志、主張を相手に伝えることができる。怒りの感覚は、警戒感を呼び起こすことで、不適応な状態であることを自覚させることもある。¹⁵⁾

軽い怒りや攻撃性から、その発展の極としての憤怒、激怒、そして破壊的で有害な行動である暴力まで連続したものと考えることができる。暴力が起こるのは、この連続性の中で感情の表現が修正されず、コントロールを失った時点である。

対人関係における人間の行動を表のように次の3つに分けて考えることがある。46)受動的 (passive) な行動、自己主張的 (assertive) な行動、そして攻撃的 (aggressive) な行動である。このような分類での対人的行動もまた、少なくとも自己主張的な行動から攻撃的な行動への過程は、連続したスペクトラムをなすと考えることができるだろう。暴力への対処は、健全な攻撃性を含んだ自己主張的な行動であるか、暴力に発展しかねない攻撃的な行動であるかを見極めるところから始まる。

この表では、攻撃性の兆候を話の内容、声の調子、姿勢、パーソナルスペースとの関係、身振り、アイ・コンタクトに分類して示している。これらの現象と次に述べる生理的覚醒現象を把握することで暴力が差し迫っているかどうかを想定可能となる。

考えておかなければならないのは、自己主張的であるか攻撃的であるかは相互に移行可能だということである。「暴力的な患者が困っていることが何であれ、それについて、患者が話すことを助け、彼らの状況を理解しようとする意思を伝えようと試みる」16)ことで、攻撃的な傾向が自己主張的なレベルまで沈静する可能性がある。

また、自己主張的なレベルで始まった話あいであっても、こじれることで攻撃性が強まり、暴力に発展するかもしれない。ここに適切な言語的介入による沈静の意義がある。

表) 受動的、自己主張的、攻撃的行動の比較 17) 一部改変

	受動的 (passive)	自己主張的 (assertive)	攻撃的 (aggressive)
話の内容	否定的 自己卑下的 (self-derogatory) “Can I? (私に・・・ができるかな?)” “Will you? (・・・してくださいですか)” 自信のなさ、相手への依存を表現	肯定的 自己高揚的 (self-enhancing) “I can, (私は・・・ができます)” “I will (私は・・・するつもりです)” 自分の気持ち、意見を率直に表現	誇張的 他者蔑視 (other-derogatory) “you always, (あなたはいつも・・・)” “you never (あなたは決して・・・しない)” 相手への決め付け、非難
声の調子	静か、弱弱しい、哀れっぽい	適度に調整されている	大声、要求がましい、早口、
姿勢	うなだれて、頭をたれる	背筋がのびていて、リラックスしている	緊張し、身を乗り出す
パーソナルスペース	他者がパーソナルスペースに入り込むにまかせる	快適な距離を保つ：自己のパーソナルスペースの権利を主張する	他者のパーソナルスペースに侵入する
身振り	最小で弱弱しい身振り。もしもじする。	はっきりした身振り	脅威的で、大げさな身振り (指差す、指を鳴らす、拳を振り回す、足を踏み鳴らす等)
アイ・コンタクト	全くないか、少しあるだけ	間歇的、関係にふさわしい	たえずにらみつける

<逃げるか、真摯に聞くか>

怒鳴りあいや日常的であったマイノリティ社会に育ち、つかみあいの喧嘩などには、動じないという辛淑玉の怒りをぶつけられた時の対処法は、病棟場面での場合にも示唆されるものが多い。以下に紹介する、彼女が生活の中から会得したノウハウは、すぐに実践できそうなリアルさを感じられる。

まず、暴力が振るわれそうだったり、極度の興奮状態だったりする場合は、逃げる。言葉で怒りをぶつけてきた場合は、相手の話を真摯に聞く——この2つに分けて対処を考える。この2分法はアサーティブかアグレッシブかでの分類に通じるものがある。辛も、暴力への対処は、この2つの状態を見極めることから始まると考えているようだ。

危機的な場合は逃げるのが原則だが、言葉で対応せざるを得ないときにはどうするか。この場合は、「大声で一言いう」「連続して同じ言葉を言う」のが有効である。「やめなさい！やめなさい！やめなさい！」というように同じ単語繰り返していると、相手も自分もふっと落ち着く瞬間がある。その時に「大声で叫ばれると、とても怖い（どきどきする）」等と自分の感情を伝えて、その後はさっとその場を去るのがよい。

次に言葉で怒りをぶつけてきた場合の「真摯に聞く」ポイントについて、辛は、相手の言葉にきちんと向き合い、相手の感情を理解し、それを整理して言葉をつくして相手に返すことだという。うなづく、相手の話のなかに出てきたフレーズを繰り返すことで「聞いている」ことを伝え、困難かもしれないが「相手の思い」を相手以上に表現できれば関係は変わってくるというのだ。

<パーソナルスペースとアイ・コンタクトについて>

人はパーソナルスペースを侵害されると怒りの感情が起こり、時に攻撃的となる。逆に 他者のパーソナルスペースに踏み込む（詰め寄る）ことは攻撃的な行動が誘発されたとみなされる。

暴力の兆候に気づき、暴力に予防的に対処しようとする場合、物理的な距離を常に意識しておくことは重要である。

暴力行為によって投獄された受刑者グループは、そうでない受刑者達に比べ 2 倍のパーソナルスペースを持っていたというアメリカの報告もある。18)他の研究でも、これらの暴力傾向のある受刑者は、「他者の接近に対して、通常の人よりも耐えられない傾向をもち、接近に対して攻撃的行動を触される」といわれている。統合失調症者の身体性を帯びた空間である「身体緩衝帯 (body buffers zone)」は、対象群に比べ優位に拡大しているという説もある (M・J ホロヴィッツ)。19)

これらのことから言えるのは、暴力傾向のある患者と相対する場合、自分の普通と感じるパーソナルスペースより遠めの距離を維持するほうが無難だということである。暴力傾向のある人は、他者の接近に関して敏感であり刺激されやすいと考えられる。

「眼(ガン)をつける」という言葉があるようにアイ・コンタクトは攻撃の誘発性と関係している。相手に特別な関心や意図を持っていないことを示す「儀礼的無関心」(ゴフマン)は、主にチラッとみて目をそらすといった視線の操作で行われる。20)じろじろ見られることは人を不愉快にさせるし、「にらみつける」という挑発に対し、「見返す」ことは、受けて立つことの表明と受け取られることもある。

攻撃性や暴力に対処するには、相互のまなざしのやり取りに関心を払い、目の演技をこころがけることが要求されるといえそう。問題は、冷静にパーソナルスペースやアイコンタクトを意識できる状態かどうかだろう。

<生理的覚醒 (physiological arousal) を見極める>

人間の日常的な情報処理は、「自動的処理過程 (automatic processing)」と「統制された処理過程 (controlled processing)」の二つからなると現在の認知心理学では考えられている。

無意識的に行われる自動処理過程では、注意が払われることはなく、生じた刺激を中止、修正することは困難である。通常は、この処理過程の出力がそのまま行動として実行されるわけではない。統制された処理が行われることで出力は修正される。

統制された処理過程がうまく働かないと自動処理過程で生じた衝動性がそのまま、攻撃として表出されることになる。この統制された処理過程の働きを無効化する効果をもつものの一つに強い怒りの感情に伴う生理的覚醒がある。カッカしているときに冷静な思考ができないのは、生理的覚醒が注意能力を低下させて「統制された処理過程」を抑制するからだと説明されている。

生理的覚醒の高まった人間は、状況を吟味する「統制された処理過程」が麻痺することで「自動的処理過程」の出力を衝動的に攻撃的行動という形で表出する。この考え方からすると、攻撃的行動が開始されるか否かのアセスメントには、「生理的覚醒」を把握することが重要ということになる。**21)** 生理的覚醒を推定させる表出には次のようなものがある。**22)23)**

- ・ 歩き回る、座ってられない
- ・ 拳を固める、壁をたたくなどする
- ・ 奥歯をかみ締める
- ・ 呼吸が増える、心拍数の増加、
- ・ カタトニア（行動の停止）
- ・ 筋緊張の増加、振戦、肩が波打つ
- ・ 罵声、高い声、構音障害、早口
- ・ 瞳孔散大
- ・ 不眠
- ・ 冷汗
- ・ 緊張した顔貌、青筋、赤ら顔、まぶたの引きつり

<面子の問題>

攻撃には2つの態様がある。衝動的な攻撃と戦略的な攻撃である。後者は、目的を持ってなされる。戦略的な攻撃は、その目的によって4つのカテゴリーに分けられる。**40)**

- ① 回避・防衛：窮鼠猫をかむといわれるような危機の回避、危機からの自己防衛を目的とする。
- ② 強制：脅して無理に従わせることを目的とする。
- ③ 制裁・報復：ネガティブな方法での公平さの回復を目的とする。
- ④ 印象操作・自己表現：意図された自己表現としての攻撃性で他者に「男らしさ」「強さ」を印象付ける。

人は、自分が他人の目にどう映っているかを気にする。印象操作を行うことで自己イメージの演出を図ることが対人行動の主要な部分を占めるともいわれる。「面子」が問題となるのも自己イメージの演出に関連してのことである。「それまで自分が維持してきた体面や面子が傷つけられると、強い反感や怒りが生じる。攻撃は怒りの表現であるとともに、傷ついた印象を回復する試みでもある」。

41)

人前で取り押さえられるような事態、あるいはその場面での看護者の言動によっては患者のプライドが傷つけられることがある。その結果、これまで維持しようとしてきたイメージではなく、当人にとってネガティブと思える「男らしくない」「小心者」といったような印象を周囲に人たちにもたれたと思ひ込む。「面子がたたない」「体裁が悪い」思いをした者のプライドは低くなる。「自尊心（プライド）を捨てた人間ほど始末に困るものはない。・・・おとしめられた人は、相手を自分と同じところへ引きずりおろしたく思う。『道徳の仮面』をはぎとってやりたく思う。そのために、あらゆる挑戦、誘惑、落とし穴を仕組んでもふしぎはない。」**42)**ことにもなる。

面子をつぶすような対応は、次の攻撃を準備させる可能性がある。衝動的な暴力への対応を誤ると次に印象操作による自己イメージの演出としての戦略的な暴力行使を引き起こすことも考えられるのである。

攻撃性がエスカレートし始めたら、場所を変えるあるいは周囲にいる患者さんに自室に戻ってもら

い大勢の視線のあるところでの対応は避けるといった配慮がまずなされなければならない。

<危機離脱技法、breakaway>

精神科臨床では予測が困難、あるいは突発的におきた患者の暴力に一人で対処するしかないことがある。その場を切り抜け応援を呼ぶことになるが、応援が来るまで時間を稼がなければならない事態も生じる。以下に述べる危機状況からの離脱技法（Breakaway）は、このような事態への対処のために使われる。

この身体介入技術は、警察の逮捕術、医療刑務所の抑制技術、講道館護身術、合気道などを参考に、研究協力者間で実際に試みて、導入可能性のあるものを幅広く収集した。

一般の護身術には、踏みつけ、打撃、関節技など痛みを伴う技がある。紹介する危機離脱技法にも関節技が入っている。これらは技術が洗練されるにつれ、淘汰されるべきだと考えている。ただ、危機状況を脱するために使われる技は、緊急避難、正当防衛の法理からしても相対的なものであり、これら痛みを伴う技法も時として使わざるを得ない。

関節技など痛みを伴い捻挫などの傷害を発生させる可能性がある技——したがってやむをえない場面で、慎重に「妥当な力」といえるかどうかを判断して使用すべき技は、[要検討]として区別した。

【離れている場合】

- 1.パンチ
- 2.蹴り
- 3.物を使った攻撃

【棒状のもの（モップ等）で突かれる、あるいは殴りかかれた場合】

【筆記用具あるいはナイフ状のもので上半身を狙われた場合】

【捕まえられ、密着した場合】

1. 前から片手で片手首、前腕あるいは、服の袖を掴まえられた
2. 前から両手で片手首を捕まえられたとき
3. 前から両手首、両前腕掴まえられたとき
4. 前方、あるいは後方から髪を捕まえられたとき
5. 前から襟を掴まえられたとき、あるいは首を絞められたとき
6. 後ろから首を掴まえられ、あるいは首を絞められたとき
7. 後ろから両腕を捕まえられたとき、後ろから抱きつかれたとき
8. 噛みつかれたとき

危機離脱技法のポイントは、次のように整理できる。なお（1）から（3）は、イギリスの break away 技法の、quick, technique, surprise、に相当する。[24](#))

（1）隙を作り、隙をついて行動に移る。

一般的な護身術では、足を踏みつける、股間を蹴り上げるなどしてひるんだ隙に逃げることをすすめている。このような方法を安易に使うわけにはいかないが、腕や髪などを握る力が弱まった時、別のことに注意が向いた一瞬を逃さず行動に移さなければならない。そのための隙をどう作るかも一連の流れの中で考え続けなければならない。

(2) 動きはすばやく、勢いをつけて。

スピードのある動きでないと、技は決まらない。動きが遅いとむしろ、こちらの動きに対抗するためさらに力を強めてきて、隙も作れない事態となる。

(3) 技のポイントをおさえたテクニックで。

技のポイントが押さえられていないと、力んでも有効な対処とはならない。練習を繰り返してテクニックを習得する必要がある。

(4) 腰を落とし反動をつけるなど全身をつかう。

筋力の差、体力差がある場合には、小手先の力でなく腰を入れ体幹を使った旋回など全身の力を使うのでなければ、離脱できないこともある。

(5) 攻撃者の体勢を崩すことで、追跡を困難にする。

身体的攻撃から離脱し、再度攻撃されるのを防ぐためには、逃げる時間をつくらなければならない。そのためには、単に攻撃をそらす、掴まえられた状態から離脱するだけでなく、離脱の過程で相手の体勢を崩すことが必要となる。もし相手が床に倒れ、こちらが逃げるのに有利な体勢でいられる状態をつくれれば申し分ない。逆に、掴まえられた状態から離脱できても、看護者のほうが体勢を崩し逃げ出す隙をつくれないと、すぐに再攻撃を受けるのは目に見えている。

次に、臨床で患者と一対一で相対したときに、突発的に起きた暴力にどう対処するか身体的暴力の態様を想定して考えてみる。もちろん、危機状況が生じないよう日常的に注意すべきだし、暴力が想定される場面には、複数の看護スタッフで関わるべきである。しかし、予期しない暴力は起きるのであり、やむなく一人で対応せざるを得ない場合もある。そうした事態へ対応するためのノウハウが以下に述べる危機離脱技法である。

以下、文献 25) の枠組みを参考に、検討内容を記述した。

【離れている場合】

精神科病棟において予想される身体的攻撃は多岐にわたるが、物理的距離のある場合の殴りかかる、蹴る等打撃的な行為と近接した場合のつかみかかられる行為の 2 つに大別できるだろう。

パンチ、蹴り、物での攻撃等打撃系の行為への防御は、逸らす、ブロックすることが基本である。掴まえられ、あるいは近接した場合は、掴みかかられている手のコントロールによってその場を逃れるチャンスをつくる必要がある。

攻撃的行動を予測できている場合は、動揺も少ないし、予測していない場合よりも反応時間が短いといわれる。どの身体部位に攻撃が及ぶかは攻撃者の目に注意を払うことで分かることがある。人は攻撃しようとしている対象を凝視する傾向があるので、攻撃者が何を見ているかで、攻撃部位が予測できる可能性があるからである。何か武器を手にしようとするときにも同様に、その武器に目をやる瞬間がある。視線に注目することで攻撃者の次の行動が予測できれば、瞬間に攻撃を逸らし、あるいはブロックするための防御姿勢が取れ、被害を最小限にすることができるだろう。

何といたっても、相手と十分な間合いをとって、殴りかかれ、蹴りつけられても避けられることである。理屈で言えば、ボクシングのクリンチの要領で相手の体幹に近接することで、効果的なパンチ、キックを使えないようにすることも可能だが、実際には恐怖心を克服して攻撃者の懐に入り込

むのはかなり困難である。相対する時点で意図して近接した位置関係をとっていたか、間合いを取れない状況に追い込まれたときにかろうじてこの方法にかけてみるといったところだろう。

身体的攻撃を避けるには「間合いをとった安全域」と「体幹に近接した安全域」の2つの安全域があることを念頭においておくことである。この2つの安全域が活用できないときに、看護者は自らの腕や脚を使ってパンチや蹴りを逸らし、ブロックすることになる。物を使用しての攻撃には物を使つてのブロックも選択のひとつに加えられるといいと思う。

3. パンチ

逸らす、ブロックすることで防ぐのが基本である。「脅かさない防御姿勢」から攻撃してくる相手の側面に立ち（半身の姿勢）手腕を顔の前に挙げて手、前腕で頭部、首から側胸部にかけて保護する（図6）。頭部への攻撃には、次のようなかわし方がある。



図 6

i. 前さばき：左右斜め前に踏み込んでかわす。（図 7-1.2）



図 7-1



図 7-2

- 1) 右のパンチの場合、右足を引いて斜めに立ち、素早く左前方横に動き、手掌でパンチをかわす（ピボット移動）。
- 2) 相手の拳を手掌で払う。

ii. 後ろさばき： 左右斜め後ろに下がってかわす。パンチをかわした後、腕をブロックしつつ背後に回れば、肩を前方に押すことで攻撃者の体勢を崩すことができる。（図 8-1.2）



図 8-1



図 8-2

- 1) 両腕で相手の殴ってきた腕をブロックしながら背後に回る。
- 2) 攻撃者の背後に回り込めたら、勢いをつけて肩を前方に押す。

腹部へのパンチは、前腕を下方にすばやく下ろし、ブロックする（図 9）。



図 9

パンチをかわせなかった場合は、頭部や腹部への直接の打撃を減少させるため、手や腕でブロックし衝撃を緩和し吸収させるのであるが、その際あごを引き、歯をくいしばるとより有効である。冷静に対処できて、攻撃者の動きが読めるなら、体軸を回転移動することで、より衝撃は弱まる。かわしつつブロックすることになるからである。

4. 蹴り

逸らし、ブロックすることで防ぐのを基本とする。腹部、胸部などへの打撃を避けるため、蹴ってきた側の大腿部を引き上げ下腿でブロックする（図 10）。下肢や大腿部の外側でブロックするとダメージは少ない。鋭い、機敏な蹴りではまず無理だが、動きが鈍く攻撃者の足を取ることができれば、次の対処策が取れる。



図 10

動きをかわせない時は大腿部や下肢の外側で受けると、いくらかダメージは少ない。

i. 足の外転：足を取り、足首を外転させる。勢いがありすぎると足首の捻挫、臀部から大腿にかけての外傷のおそれがある。[要検討]

- 1) 蹴ってきた足を取り、外転させる。それによりバランスを失ったところで、そのまま横に倒すか、後ろに倒す。
- 2) 外転させるスピードと力を加減しないと患者の足関節を痛める恐れがある。

ii. 大腿部を押す：片手で踵部を支え、もう一方の手で大腿部を押す。(図 11)



図 11

- 1) 蹴り上げた攻撃者の足を取る。攻撃者が右足で蹴ってきた場合は左手で、攻撃者が左足で蹴ってきた場合は右手で取る。(部位は、)踵部から足首あたりを取る。
- 2) 1)の体勢から攻撃者の内側に入り、もう片方の手で攻撃者の大腿部を押す。

iii. 地面に倒れた状態で蹴りつけられたときには、足底を攻撃者の正面に向けてけん制し、足底でブロックする。

3. 物を使った攻撃

攻撃に、物が使われる場合がある。箒やモップのような棒状のものや、筆記用具、お箸、フォークなどのナイフ類似の使いかたができる日常的な用具が病棟にはある。これらが武器として突く、殴るために使われたときにはどう対処するかも考えておかなければならない。物を使った攻撃には、かわせなくなった場合、物で防御することが基本である。腕、下肢など体でのブロックはリスクが大きい。

身近な物が武器にも、防御の盾にもなる。もしも刃物に対峙しなければならなくなったら、椅子、かばん、クリップボード、本などを両手で支えて盾として使うこともできる（図 12）。上着を脱いで腕に巻きつけ、それで刃物を払い除けてもよい（図 13）。[26](#)



図 12



図 13

複数の医療スタッフが協力して、マットレスなどを使い武器を持つ攻撃者を壁や部屋の隅に追い詰め身動きの取れない状態にして武器を取り上げる方法もある。カナダの拘置所では湾曲したプラスチックを使用した逆盾状の鎮圧道具を使用していた。（図 14-1.2）

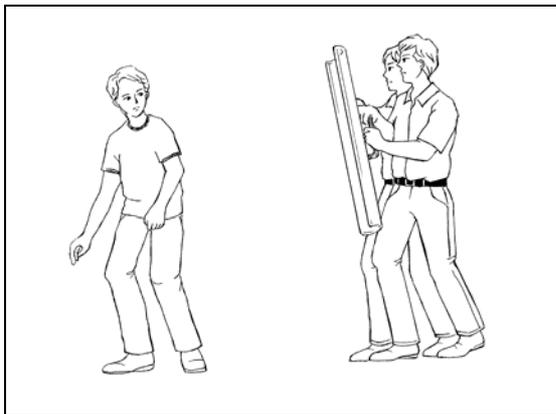


図 14-1

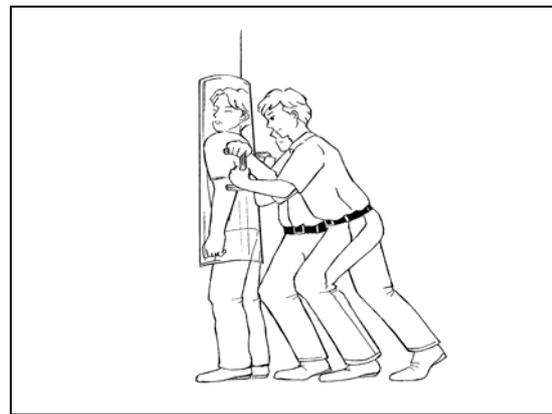


図 14-2

棒状のもの（モップ等）で突かれる、あるいは殴りかかられた場合

そう容易ではないが、うまく棒を握ることができれば、それ程あわてることはない。攻撃者も、両手がふさがっているわけで、攻撃を受けた看護者は、捕まえた棒を離さないように棒の動きについていけばよいのである。そうしながら、応援を呼ぶことでその危機状況を切り抜けることができる（図

15)。



図 15

箒の柄をつかめても無理に取り上げようとはせず、相手のほうに押しやる。そうすること相手がバランスを崩すので、その隙に逃げる。

棒を握ることができた場合の対処には、次のようなバリエーションがある。

- i. 棒を引いて、攻撃者が引き返した時に押しやり、手を離して相手のバランスを崩し、その隙に逃げる。確実にバランスを崩させ、その場を逃れられるという自信がなければこの方法は使わないほうがよい。体勢を立て直した攻撃者に再度、棒で殴られる可能性がある。
- ii. 棒を掴んでいる攻撃者の手背に手を重ねて前方に回転させることで、体勢を崩させ、棒を奪い取る。
 - 1) 柄をつかんでいる攻撃者の手の上から握る。
 - 2) 攻撃者の手を握ったまま柄を前方に回転させる。
- iii. 棒を掴まえている相手の両腕の間に手をいれて腕をクロスさせ相手の肘部を外側から固定する。攻撃者の肘部に体重をかけ棒を回転させることで棒を握る力を弱めると同時に体勢を不安定にする。(図 16)



図 16

- 1) 攻撃者の両腕の間に左手を入れてモップの柄を掴む。
- 2) クロスさせた肘を使って、攻撃者の腕とクロスさせた方の肘関節（肘関節の外側でも可）を攻撃者の内肘に当てる。
- 3) 2) の体勢から、モップの柄を前方に回転させながら体重をかけ、攻撃者の腕を固める。

iv. 殴りかかってきた棒の先端を払いながら掴む。棒を押すように立てていき攻撃者に接近する。攻撃者は、両手で棒を握っているので無防備である。接近したところで顎を押しバランスを崩させる。

- 1) パンチのときと同様に、モップからの攻撃をかわし、モップの柄をつかむ。掴む場所は、なるべくモップの先端がいい。
- 2) つかんだモップの柄を攻撃者側に押すような形で立てる。モップの先端を掴まえることができれば弱い力でもモップを立てることは可能。

※ ポイント：モップの先端を握ることができれば攻撃者側に押すことで接近できる。攻撃者は、モップを両手で握ることになるので上半身が無防備になる。

筆記用具あるいはナイフ状のもので上半身を狙われた場合

身近にあるものを盾として使って防御するのがもっとも現実的だろう。素手で対処せざるを得ない場合もありうるが、危険が伴うし恐怖で体が金縛り状態になり有効に対処できないことが予想される。武道の応用では、次のような技が使える可能性がある。ただ、小手返し、わき固めは関節技であり、痛みが伴う。相当切迫した状況でしか使えない [要検討] レベルの技である。

- i. 片腕取り：武器を持った手を上方に上げさせ、腕の外側から内側に絡ませることで肘関節を固定する。上腕全体を後方に反らせて、体勢を崩し、武器を取り上げる。(図 17-1.2.3)



図 17-1



図 17-2



図 17-3

- 1) 攻撃者の手首をつかまえる。攻撃者が右手の場合は左手で、攻撃者が左手の場合は右手を使う。
- 2) 1) の状態から攻撃者の腕を上になげながら、もう一方の手を攻撃者の腕の下から腕に巻きつける。
- 3) 2) の体勢からそのまま攻撃者の腕を後方に倒す。 ※ 肩関節の過伸展は90度が限界
- 4) 攻撃者からペンを取り上げる。

ii. 脇固め：腕をとり脇で固定して手首と肘を逆に決める。

- 1) ボールペンを持った攻撃者の手首をつかむ。
- 2) つかんだ攻撃者の腕を引き寄せ、自分の腋窩にはさむ。
- 3) 攻撃者の上腕に体重を乗せる。
- 4) 攻撃者の上腕を反らせ、肘関節を固定する。
 - ①伸ばしてきた右手を自分の右手で受ける。
 - ②攻撃者の腕を伸ばして脇で固め、体重を加える。
 - ③腕を伸ばしつつ体重を加えることで、攻撃者の体を前に倒す。

iii. 小手返し：相手の手首を外側に返し、手首と肘を逆に決める。痛み強い。[要検討] レベル。(図 18)

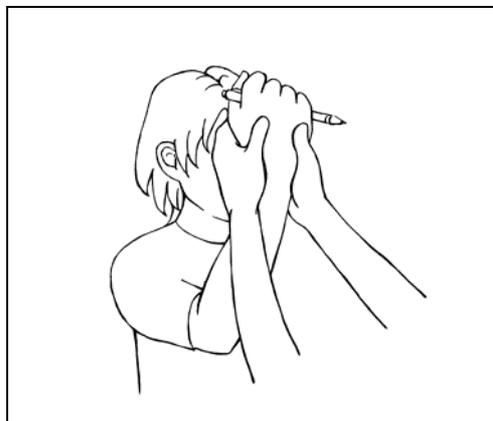


図 18

- 1) 相対する手で攻撃者の手首をつかまえる。
- 2) 親指を攻撃者の小指付近の手背までずらす。
- 3) 親指で手背押ししながら外側にひねる。(前腕を回外)

【捕まえられ、密着した場合】

掴みかかれようとした場合には、体をピボット移動（足を一步移動させ体幹を旋回する）させることで防ぐことができる。この方法は、掴みかかる行為だけでなく、押す、突くという行為へも応用できる。しかし、何といても「間合いをとった安全域」内にとどまれるように攻撃者の動きにあわせて位置関係に注意を払っておくことで予防することである。

1. 前から片手で片手首、前腕あるいは、服の袖を掴まえられたとき

掴む動作では、親指は力が弱いから、その方向へ力を加えての離脱が比較的容易である。その際、腕が伸びていると力が入らない。スピードをつけて腕を引き抜くのに最も力が入る状態を維持するために、肘を屈曲させ体幹に引きつけるようにする。手を開くと前腕の筋が緊張することで、相手の把握力が幾分弱まるようだ。離脱の行動は、隙を突いて、親指方向へのねじりを加えて迅速に行う。

i. 片手内回し、片手外回し

掴まれた手を開き、攻撃者の小指方向に回転させる。それにより攻撃者の上腕は回内位となる（図 19-1）。攻撃者から離脱すると同時に、攻撃者の手背から手首にかけて手刀で押しやる（図 19-2）。

自分の左手を攻撃者の左手で掴れた時は片手外回し（図 20-1.2）、自分の右手を攻撃者の左手で掴れた時は片手内回しとなる。



図 19-1



図 19-2

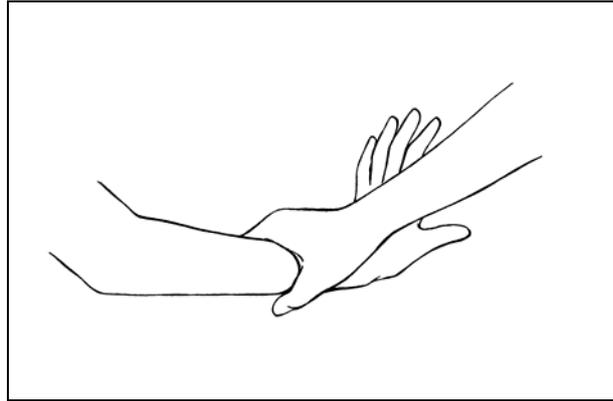


図 20-1

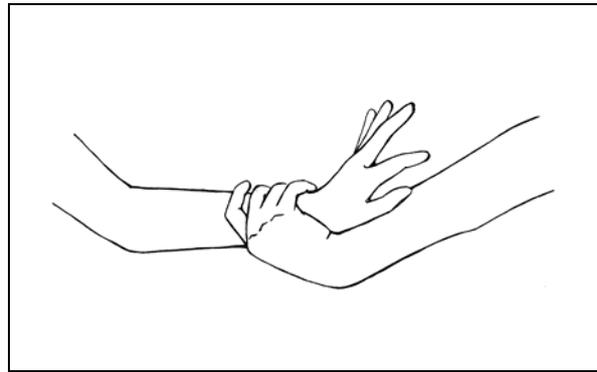


図 20-2

ii. ひじ寄せ：手を開いて、手掌を下にむけて前腕を水平に保ち、攻撃者の前腕を外側に押すようにして離脱する。(図 21)



図 21

iii. 攻撃者の親指側に勢いをつけて斜め上下に引き抜く。スピード、力を要する。(図 22)



図 22

- iv. 掴まえている手の手背から親指を掴まえ、手背側に押し付ける（[要検討] レベル）。力が要るし効果的でない場合も多い。（図 23）



図 23

- 1) 片手をつかまれたら、自分の手を広げる。
 - 2) つかんでいる攻撃者の手の母指を示指の基部手背側に押し付けるように示指とともに掴む。
- ※ ポイント：手関節部は橈骨と尺骨に覆われ、筋肉がほとんどついていないので、手を広げても太さ等に大きな変化はない。なぜか逮捕術等では、手を広げることが強調されている。
- v. 掴まえている手の手背の中手骨間を、第2指等を屈曲させ山状になった指背部で揺れ動かしながら圧迫する。痛みで、握力が落ちたところで離脱する（[要検討] レベル）。（図 24）



図 24

2. 前から両手で片手首を捕まえられたとき

攻撃者は両手で腕を掴まえているから、手の自由度は低下している。この場合も言語的介入の間、そのまま掴まえていてもいい。このことだけでは、傷害などを負う危険性は少ないからである。看護者側は、片方は自由である。この自由な手を有効に利用しようというのが次のような離脱方法である。

- i. 自由な手を相手の手の上から差し入れ掴まえている手と指を組む。組んだ手を体全体を使い、勢いをつけて左上方に勢いをつけて振りほどく。
 - 1) 攻撃者の腕の間からつかまれていないほうの手を入れ、手を握る。
 - 2) つかまれているほうの手をもう片方の手で反らしながら、勢いをつけて引き抜く。
- ii. 自由な手を相手の手の上から差し入れ掴まえている手と握手する。掴まえていない手で握手したほうの手を背屈させ、上腕を屈曲する。それ程力はいらないが、攻撃者の体勢を不安定にさせる効果はない。

3. 前から両手首、両前腕掴まえられたとき

この場合、攻撃者は両手の自由を奪われていることになるから、危険性はそう高くない。とりあえず、手を離すよう働きかけるなど、言語的介入を試みる余裕はあるだろう。この間、無理に振りほどこうとせず手を掴まえたままでもよい。事態が膠着して、この状況から逃れる必要があると判断したら以下のような方法が使える。その際、動きを俊敏に、勢いをつけて行わないと攻撃者がこちらの動きに合わせてくるので、離脱できない事態もおこりえる。

- i. 両手の手掌をあわせ指を組み合わせて胸の高さへ挙上し肘のスナップも効かせながら自分の方に両腕を屈曲させ、引き抜く。但し、攻撃者の体勢を不安定にするのは困難。
- ii. または、勢いをつけて前方に押しやることもでき、攻撃者の体勢を不安定にさせやすく、逃げる隙を作りやすい。

- 1) 両腕を掴まれたら両手を開く。
- 2) 両手をつかまれた状態から手掌を合わせる。合掌するような感じ。※ ポイント：この時、相手の手を回外位にする。
- 3) 合わせた両手を勢いをつけて相手のほうに押しやる。この時、相手に体重をかけるようにするが、かなりの力を要する。

この二つの方法のポイントは、攻撃者の手を回外位とし把持力を減弱させることである。腕が上に行くほど回外位の程度は高まるので、指を組んだ手の位置は高いほどよく、身長差があるほど有利である。逆に言うと抵抗されて組んだ手を胸の高さまで上げられないと効果は弱まる。力の弱い女性にはこのことが難点である。

iii. 腕を上下に交差させて離脱する。この方法は力が必要。上に上げられた方の攻撃者の腕（右手）は回内位に、下に下げられた腕（左手）は回外位となる（図 25-1.2）。



図 25-1



図 25-2

4. 前方、あるいは後方から髪を捕まえられたとき

髪の毛を掴まえられると、動揺するし引っ張られたときの疼痛も強い。不幸にして安全な間合いが取れなかったときにこうした事態に至ることがある。やはり、「間合いをとった安全域」に留意し予防することである。十分な間合いをとること、掴まえにきた動作をかわすピボット移動による回避が初期段階での予防ということになる。

このような対処が上手くいかず髪を掴まわれたときは次のように対処する。まず、痛みや髪の損傷を最小限に食い止めるために攻撃者の手の動きを自由にさせない。つまり、髪を掴まえている攻撃者の手背（あるいは手関節部）に、看護者の両手を強く押しつけ掴む力を減弱させ、引っ張れないようにするのである。

髪を掴まえている手をはがっちり押さえ込むことができれば、攻撃者が引っ張ったり、ゆすったりしてさらに損傷や疼痛を与えることは困難になる（図 26-1.2）。この形までもっていければ、差し迫った危機はほぼ回避できたことになる。助けを呼ぶことも、髪を離してくれるよう交渉する余裕もうまれるだろう。その後は次のような方法で離脱を図っていくこともできる。



図 26-1



図 26-2

体の部位や物を強く掴んだ手を引き離すには、母指を手背の側に向けて反らすと比較的容易に行える。ただし、母指を後方に反り返らせるのではなく、示指の基部に向かって押し付けるように弱く反らせることである。この方法で、握っている危険物なども取り除ける。

(前方から)

i. 髪を掴まれたまま頭を下げていき、攻撃者の手首を背屈させる。攻撃者の側に頭を押し込むような体勢となる。攻撃者の髪を掴まえている手首を背屈させる体勢に持つことができれば掴む力は減弱する。次に攻撃者の手背を押さえていた手を移動させて髪を掴まえている親指を引き離すことで、離脱できる。この方法のポイントは、攻撃者との位置関係である。攻撃者が髪をつかんでおれないような体勢となるような不利な位置関係におくことで、髪を掴み続けることができないようにする。手関節を固め痛みを与えることはできるだけ避け、髪を掴んでいる手を上手く動かして、把持する力を弱めることを考えなければならない (図 27)



図 27

ii. 髪を掴まえている手首を把持する。徐々に片手を攻撃者の肘の外側に移動させるとともに攻撃者の後方に回り込む形で腕を伸展させ、固定する。手関節が背屈するので掴むことが困難となる。固定した肘の外側に力を加えて前方に押しやることで離脱する。(図 28)



図 28

- 1) 攻撃者の手関節をつかまえる。
 - 2) 片手は髪の毛をつかまれた手を押さえ、もう片手で攻撃者の肘を固定する。
- ※ポイント：腕を伸展させ、手を背屈させることにより、
つかむことが困難になる。
- 3) 肘を固定して腕を前方に押しやる。

(後方から)

iii. 攻撃者の手背を両手で押さえる。その際、一方の手は相手の手関節部、他方は小指基部付近にあてて押さえる。この体勢で相手の後方に回り込むことで相手の腕が回外位となり姿勢が不安定となる。手背の小指基部に母指がうまく当たり手関節をひねる形になれば小手返しと同様な状態となる。手の握力がゆるんだところで相手の背中を軽く押して離脱する [要検討] (図 29-1.2.3)



図 29-1



図 29-2



図 29-3

- 1) 攻撃者の手を両手（片手は相手の手関節部、他方の手は母指を攻撃者の手背の小指付近に当てる）で押さえる。
 - 2) 1) の姿勢のまま、攻撃者の後ろに回り込む。
- ※ ポイント：回り込むことにより、攻撃者の手が回外位となり、把持力が弱まる。
- 3) 攻撃者の姿勢が不安定になり、髪を掴んでいる手が緩んだところで背中を軽く押す。

iv. 攻撃者の手背を両手でしっかり押さえ込む。その際、首は後方にそらし気味にしたほうが相手の手首を背屈させやすい。両脇を締めながら左右に回旋することで離脱できる。回旋の方向は、掴まえられている腕の外側方向。ただ、左右どの手で掴まえられているか不明だから、チラッと後方を見てどの方向に旋回するか決めなければならない。

- 1) 髪を掴んでいる手を両手でしっかり押さえ込む。
- ※ ポイント：自分の首を曲げず、攻撃者の手首を固定したほうがよい。
- 2) 両脇を締めながら、攻撃者が右手でつかんでいる場合は右側に、左手の場合は左側に回る。前腕を相手の上肢、または肘にあてる。

v. 攻撃者の手背を両手で押さえる。次第に押さえている部位を変えていき、こぶしの中手骨で相手の手背をぐりぐりと圧迫して痛みを与える。（[要検討] レベル）。(図 30)



図 30

5. 前から襟を掴まえられたとき、あるいは首を絞められたとき

襟を掴まえるのは、脅しの意味が多いだろう。しかし、首を絞められると、時に生命の危機さえ招く。最も危険で、恐怖の伴う攻撃行動である。意識を失う前に迅速に行動し危機を脱しなければならない。

まず、顎を可能な限り胸元にひきつけることで喉頭部を保護する。頸部の筋力はかなり強力なので、これで頸部の圧迫が困難になり気道、血管をある程度保護することができる。次いで、片腕を挙上し、挙げた腕で攻撃者の腕を切り遠心力で振り払うイメージで腕を振り下ろすと同時に体を回転させる。(図 31-1.2)



図 31-1



図 31-2

片腕を上げるまでは、同様だが自分の肘の内側で攻撃者の肘の外側を強く押すことで攻撃者の腕を伸展させる方法もある。さらに体の回転が加わることで掴まえている手が回外位となり把持力が弱まるので、頸部を締め付けていた手が外れる。

- 1) 片腕を外側に回し、肘を攻撃者の肘に当てる。
- 2) 1) の体勢から左腕の場合は右側へ、右腕の場合は左側へ、素早く回転する。
※ポイント：回転することをつかんでいる手が回外位となり、つかみにくくなる。
- 3) 肘の力を利用して、攻撃者の腕を払う。

最もシンプルだが効果的なのは、首を絞められたら後ろに一步引き、攻撃者の腕を伸展させる方法である。肘関節が伸展すると絞める力が弱まる。伸展させた後、両手を肘の外側にあてて内側へ軽く押しながら突き放す。これで、それ程強い力を用いなくても離脱できることもある。ただ、技のポイントを押させるのはかなり難しい。

- 1) 攻撃者の両肘部に手をあてる。
- 2) 後ろに一步下がると同時に、攻撃者の腕を伸展させる。
※ポイント：攻撃者が力を入れて、首を絞めるには肘が屈曲することが必要。肘関節を伸展させることで攻撃者の上腕が回内位になり、力が入らなくなる。

6. 後ろから首を掴まえられ、あるいは首を絞められたとき

前から首を絞められたときと同様の方法で離脱する。まず片腕を挙上し、その腕で攻撃者の腕を切るイメージで腕を後方に振り下ろしつつ回転する。この場合も、単純に旋回する方法と、攻撃者の肘に自分自身の肘部を当てる方法がある。(図 32)



図 32

1) 片腕を挙上する。挙げた腕の方向に旋回する。その時、攻撃者の腕を旋回している腕で切る感覚で。

2) 片腕を挙げながら後ろを向く。その時、挙上した側の肘を攻撃者の腕にあてる。

3) 挙上した腕を軸に、後ろに振り向きながら肘の力で攻撃者の腕を振り払う。

※ポイント： この場合も振り向くことで、首を絞めている攻撃者の手が回外位になるため掴む力が弱くなる。

後方から、前腕を首に巻きつけられて締められると危険度は、飛躍的に高まる。この場合、攻撃者の前腕に両手をかけ全体重と腕の力をあわせて

攻撃者の腕をひき下ろさなければならない。そして、締め付けている攻撃者の前腕と自分自身の頸部の間にできた空間に顎を押し込む。その後、可能なら頭を前方に傾けることで攻撃者にヘッドロック状態を作らせる。これでひとまず、生命の危機はさる。あと、隙をうかがってヘッドロックから抜け出る。(図 33)



図 33

7. 後ろから両腕を捕まえられたとき、後ろから抱きつかれたとき

肘部を屈曲させて片手を上にあげ、他方の手は下にそのまま残す体勢で振り向くことができれば、

攻撃者と対面する位置に立てる。その体勢から両腕を広げると攻撃者の腕は交差し引き抜くのは容易である。攻撃者の母指方向にスピードをつけて引き抜く。(図 34-1.2)



図 34-1



図 34-2

後ろから抱きつかれると恐怖感をもつが、このこと自体で直接生命がおびやかされることはない。床から両足を浮かせて相手に体重の負荷をかけると疲労度を高めることができる。このような体勢で応援が来るのを待つこともできる。いたずらにパニックに陥らないことである。攻撃者の疲労をまっつて、腕を締め付けている相手の腕と体幹の間から自分の腕を移動させることができ両手を組めれば、離脱するチャンスは作れる。

組んだ腕を引き上げながら肩幅を広くし、瞬間的に両腕を前方に突き出すと同時に体を落下させる。これで、攻撃者の腕からは抜け出ることがきるが、後そこからどう逃げ出すかは工夫が要るだろう。(図 35-1.2)

組んだ腕を、投げを打つように横に振って逃れる方法もある。



図 35-1



図 35-2

両腕を相手の腕の中に潜らせ、肩幅まで広げ腕を突き出すと同時にしゃがむ。

8. 噛みつかれたとき

噛み付かれると引き離したい衝動に駆られるが、急に引き離そうとすると障害の程度を強めたり、ますます強く噛み付かれたりする。噛みつかれた部位を攻撃者の口に押しやる

ほうが攻撃者をひるませ離脱を可能にする。噛み付いている部位をさらに押し付けられると攻撃者は、予期していなかった不快感に、たじろぎ口を開く。(図 36)



図 36

鼻をつまんで口呼吸となった瞬間に離脱する方法もある。タオルなどで目を覆って注意をそらすとより有効のようだ。

【カナダのチームによる介入】

報告者の一人を含む精神科看護師が、2002年8月、司法精神看護カナダ研修で、カルガリ、サスカトゥーンを訪問した。27)その研修でデモンストレーションしてもらった暴力へのチームによる介入を紹介する。イラストのデモンストレーションを見せてくれたのは Peter Loughheed Centre の触法施設「Forensic Psychiatric Unit38」(20床)の看護スタッフである。この病棟は、総合病院の中の一つのユニットで精神鑑定のための短期入院施設である。女性看護師が多い。セキュリティースタッフが各勤務帯に1人配置されている。

スタッフは私服勤務。ただ、髪型や装飾品には気を使っている。ポニーテール、イヤリング(ぶら下るタイプ)は安全上は、好ましくないとされ、聴診器も首に巻きつけてはいけないことになっている。

3人を基本とするチームでの身体的介入は、次のような手順で行われていた。

1. 攻撃者との距離の取り方。正面から向き合うのではなく手を伸ばしても届かない距離で斜めに位置するようにする。
2. 興奮している攻撃者(中央)には、基本的には3人で対応する。前方に2人後方に1人。交渉するのはリーダーが一人で行う。

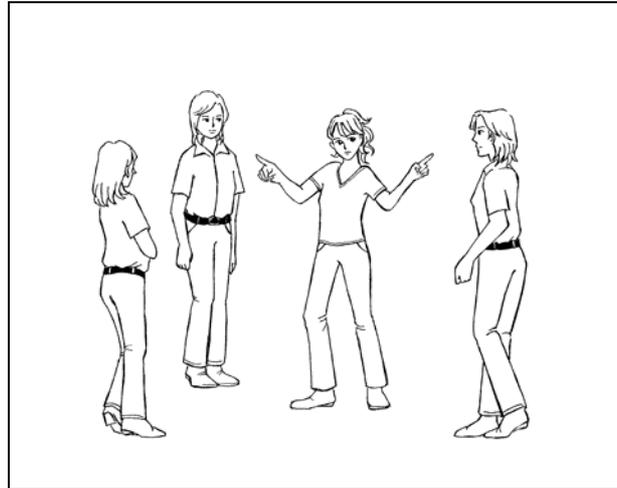


図 37

3. リーダーの合図で三人が飛び掛る。合図は、手のひらを返す等決まっている。攻撃者に手のひらを見せて（敵意がないことを示す）話し説得できないと判断した時手のひらを返すとそれを合図に一斉に飛び掛る。左の人がリーダーで合図を出す人だが、この人は手を振りながら話す癖があるので、首を縦に振るのを合図としているということであった(図 37)。

4. リーダーを含む前方の看護者 2 人は、両側から攻撃者の腕を取る。このとき顔を攻撃者の肩の後ろにつけるようにする。こうすることで攻撃者が嘔むことができなくなる。二人で腕を取るが、このとき攻撃者の足がそろろうように看護者の下肢外側を押し付ける。(図 38)。

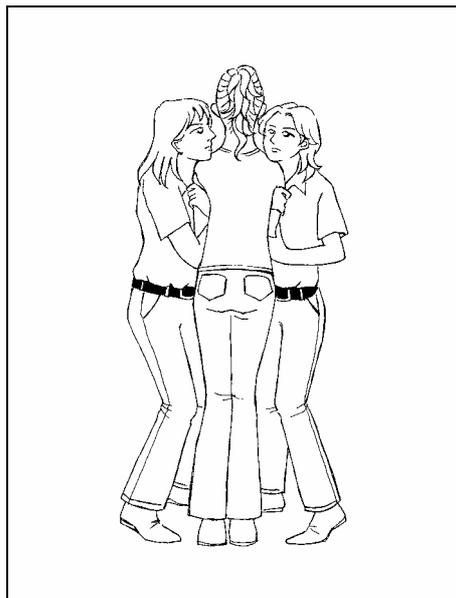


図 38

5. 後ろにまわった1人がひざにタックルする(図 39)。足がそろっているのが容易に倒れる。4人で対応できる時は、枕等用意し顔をカバーする。

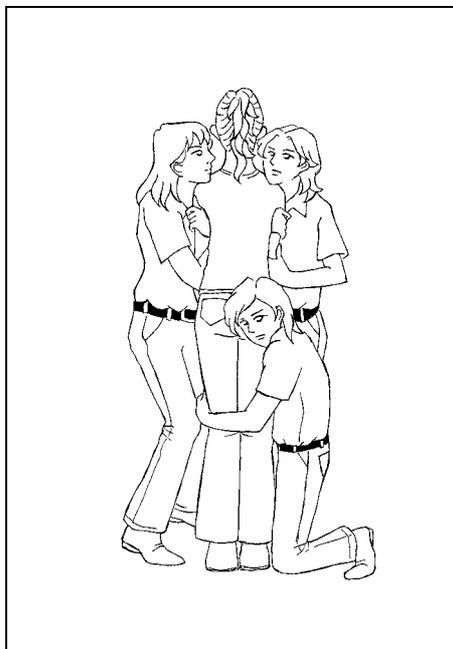


図 39

<危機状況において冷静でいられるためのトレーニング>

危機状況における身体介入技術を紹介したのであるが、必要とされる状況で使いこなせるようにこれらの技に習熟するには相当なトレーニングを積まなければならない。しかし、現実的には、年数回の研修の機会を設けるのがせいぜいだろう。

それでも、この種の技術を紹介する意味があると思うのは、一種のイメージトレーニングにはなると思うからである。技の完全な習得を目的とせず、どういう技であったかが頭に浮かぶ程度のトレーニングでもそれなりに意味はある。その場を逃れるイメージが思い浮かべば例えわざがつかえなくても冷静さを保つことができるし、冷静でいられればパニックに陥らずに状況判断ができ、有効な対処策が講じることができるだろう。火災非難訓練、護身術のトレーニング等、ごく稀にしか起きない事態への対処訓練の意義は、技そのものの習得にもまして緊急事態、危機場面に遭遇した時に冷静さを保つためにこそあると思う。紹介した危機離脱技法も同様である

Ⅲ. 事後対応

日本でも暴力事件が一段落した後、関係者が集まってカンファレンスがもたれている精神科病院は多いだろう。イギリスの司法精神医療施設では「デブリーフィング」と称される話し合いの場が設定される。28)この話し合いは、リラックスした場で行われる振り返りの作業である。そこで話し合われるのは、事実の確認、看護者が考えたこと、その時の感

情、患者の症状、反応、改善すべき点、課題などである。

「デブリーフィングは隔離または拘束を終えるにあたって重要な部分である。デブリーフィングは起こった出来事、まわりの反応の経過を振り返る治療的な介入である。このことは、職員と患者双方に隔離の根拠を明らかにし、相互にフィードバックする機会を提供することで、適応的な機能をより向上させる」²⁹⁾とも言われる。

看護者、患者双方が起きてしまったその出来事から何かを学び、より適応的な行動を身につけようということであろう。

国際看護婦協会（ICN）の「職場での暴力に対処するためのガイドライン」では、暴力事件の後看護者は、「チーム・メンバー、家族、友人などと事件を非公式的な形で話し合う」ことが指摘されている。³⁰⁾

デブリーフィングの目的とするところは、文献によって違いがみられるが、公式の話し合いであり、再発防止や、有効な対策を導き出すことに主眼があるとされている場合もある。それに対し、ICN ガイドラインの指摘する同僚や家族など親密な関係のなかでの非公式の話し合いは、感情に焦点を当てたものとなるだろう。看護者が心理的安定を保つためにも、暴力への対処のあとで、関わった看護者自身の感情を吐露し、話を聞いてもらうことは必要なことである。問題は、その初期段階の「癒し」の作業を公私どこが役割として担うかである。

暴力事件へ関係した看護者個人の心的外傷の度合いによっては、自助グループ的に言いっぱなし、聴きっぱなしで、批判や討論はとりあえず避けるといったデブリーフィングがもたれることがあってもいいのではないかと思う。その場での判断や抑制技術の批判的検討は時間間隔を置いて話し合いの場を設定して行うなど、事態の深刻さの度合いに応じて種々の話し合いの場が設定されることも必要だろう。

事後対応は、全てがこのような集団的な場での対処で十分なわけではなく、カウンセリングなど個別ケアを必要とする者も出てくる。

なお、デブリーフィングは、災害救援者などのメンタルヘルスへ対策としての非常事態ストレスデブリーフィングとして知られている。しかし、その有効性をめぐっては論議があり、画一的でなく、柔軟で臨機応変な対処が必要だといわれることもある。

IV.身体的介入の法的、倫理的問題等の検討

徘徊で困っていた痴呆の義母をベッドに紐で拘束し外出したところ、ベッドからずれ落ち首に紐を巻きつけ死亡してしまった。在宅でベッド拘束した娘は、逮捕され裁判の結果、逮捕監禁致死罪で有罪となったとの報道があった。精神科病院で同様な事件が起こっても刑事責任が問われたという話はきかない。

刑法でいう逮捕は「人の身体を直接拘束して、その身体を自由を奪うこと」である。監禁は「一定の区域からの脱出を不可能もしくは著しく困難にすること」をいう。精神科医療での隔離や拘束は、逮捕・監禁そのものである。しかし、精神医療従事者は刑法で罰せられることがない。これは、刑法に「違法阻却事由」の規定があるからである。形式的には法的に許されない行為に思えても、この要件を満たせば直ちに違法行為とはならない。

法令による行為、正当業務行為（刑法 35 条）、正当防衛（36 条）、緊急避難（37 条）が

違法性阻却事由である。

暴力的な患者に対処するのに、「正当業務」の範囲はどこまでか、どういう手段が「正当防衛」「緊急避難」として許されるか——これらのことが検討されなければならない。実際には、臨床での事例検討を積み重ねていくことで標準的な解釈を作り上げていくことになるだろう。

<危機離脱技法について>

紹介した危機離脱技法は、逮捕術、医療刑務所の抑制技術、講道館護身術、合気道などを取り入れている。この技術は、積極的に暴力に立ち向かおうというのではなく、暴力から逃れるための隙をいかに作るかという発想で構築されている。「相手から身を引き離し、攻撃者の手から逃れること」³¹⁾が離脱技術の目的である。

「正当防衛はやむを得ずにした行為でなければならない」³²⁾のであるから、逃げることによって暴力を回避できるのであれば、まずそうすべきである。法律家のなかには正当防衛を論じるのに「責任無能力者による侵害に対しては、まず逃避義務がある」との解釈に立つ者もいる。³³⁾故意による暴力、責任能力を有するものによる暴力と責任無能力者のそれへの対処は同等に扱えないという立場である。

この解釈からすると幻覚妄想など精神病状態での暴力の場合には法的にも、逃げられるのであればまずそうしなければならない。「やむを得ない」事態にたちいたって初めて「正当防衛」としての離脱技術の行使が許されるのである。正当防衛の幅はかなり狭く解釈されると考えておく必要がある。精神科病棟での患者の暴力への対処は、まず逃げることであり、それは「義務」であることが強調されなければならない。

<正当防衛の相対性>

責任無能力者の暴力行為への対処は、正当防衛以前に「逃避義務」が考慮されなければならない。とはいえ、逃げられないこともあるし、何らかの身体的介入が必要となることもあるだろう。その際、どのような防衛手段であれば「正当防衛」の範囲といえるか。

街中での突然の暴力への対応では、「攻撃を仕掛けて相手がひるんだら、そのスキに逃げ出す」ことが最も無難だろう。この場合には、逃げる隙を作るためとはいえ先制攻撃的な行動が容認されるだろう。事態の危険度が高く、生命にかかわる場合には、「過剰防衛」「正当防衛」の判断に迷っている場合ではないというわけだ。³⁴⁾しかし、病棟での暴力への対処の場合、まずその場を離脱するために相手をひるませる手段としてどのようなことが容認されるかは慎重に吟味される必要がある。治療の場であることを考えればおのずと対処手段は限定されざるを得ないだろう。

前述の通り正当防衛の要件の一つに「やむを得ずにした行為」ということがある。これは、暴力から身を守るために、その防衛行為がどうしても必要とされたかということである。追い詰められ逃げ場がなくでの反撃であっても、相手が素手であり、手首を強く握って離さない程度であれば、手の外回し、内まわしで離脱を図るのが相当だろう。しかし、これが刃物を手にして向かってくるとなれば、こちらも身近にある椅子などを構え、場合によっては積極的な対抗手段を講じなければならなくなる。

このように「やむを得ずにした行為」は相対的なものであり、必要ならば、状況に応じ

相当な反撃行為が許される。

離脱技術の中には、関節技のように痛みを伴い力の入れ具合によっては関節を損傷しかねないものがある。相手にそれほど痛みを与えない技術は「やむを得ずにした行為」の範囲であればそれ程問題となることはないだろう。しかし、関節技など疼痛、外傷の危険のある技については、倫理上の問題を発生させる。後段で述べる面子や恨みが残るといった問題もある。しかし、防衛、反撃手段は、生命を脅かされるなど医療者の感じる危険度と相対的な関係にあると考えれば危険度が高い状況では、必ずしも関節技が使えないということにはならないだろう。

離脱技術は、倫理上の問題の少ないレベルの技と危険度の高い状況でしか使えない関節技などの要検討レベルにわけてマニュアル化する必要がある。

< 妥当な力とは >

正当防衛は相対的なものであり、暴力行為の態様によってその手段の正当性は決まる。しかし、著しく均衡を欠いた手段であると違法性は阻却されず過剰防衛とみなされる可能性がある。正当防衛であるためには「妥当な力 (Reasonable Force)」³⁵⁾³⁶⁾が常に考慮されていなければならない。体力のない老人、筋力の弱い女性を相手にするときには自ずと看護者が行使する力の程度も違うだろう。「身体的介入が必要とされる場合、使用する力は、その事態に対応するのに必要とされる最小限なものにとどめなければならない」³⁷⁾のである。

使用可能な身体介入技術の基準として次のようなことがあげられている。³⁸⁾

1. 介入技術は実際有効でなければならない。
2. 介入技術は、患者にとっても看護者と同様に安全でなければならない。
3. 乱用されてはならない。
4. 適切に熟練するには、最小限のトレーニングと実践を必要とする。

この基準の1から4の全ては「妥当な力」に関連する。介入技術は、看護者の安全だけが考慮されればいいというものではない。その行使で、攻撃者にどのような危険が及ぶのかを常に考えておかなければならない。そして、安全という観点から対象、状況に応じた「妥当な力」の行使であることに注意が払われている必要がある。

「妥当な力」の行使であるからには、行使の頻度においても少なくなるよう、言語的ディエスカレーション技法が充実していなければならないだろう。言語的手段で攻撃性を沈静化させることが第一である。身体的介入は最後の手段であり、乱用されないよう高い倫理性をもって運用されなければならない。

トレーニングでは、特に、「妥当な力」の習得が問題となる。「介入技術は実際有効でなければならない」のであるが、有効であるために必要とされる「妥当な力」をどう査定し見極めるか。これは、トレーニングでの相手の反応から有効な必要最小限の力を確認することを繰り返すなかで身につけるしかないだろう。関節技が「極まる」ことは技が有効であることなのだが、これは同時に骨折や関節を損傷する可能性があるということでもある。技術の有効性と「妥当な力」のあいだに折り合いをつけなければならない。

「窮鼠猫をかむ」ような切羽詰った状況での暴力の回避、防衛は、強い恐怖心に動機付けられている。この場合、「強い情動性のために攻撃はしばしば衝動的で過剰なものとなる」**39)**ことは容易に想像できる。パニックに陥ると「妥当な力」の行使であるかどうかの判断が不可能となるおそれがある。冷静に判断し場面を切り抜けられるかは、「妥当な力」の行使のみでなく、倫理面からも重要なのである。

おわりに

暴力防止プログラムを独自に開発していくためには、まず、幅広く身体的介入の技術を集めることだと考えた。そこからしか始まらないと。この報告書では、文献から、あるいは武道家や臨床の看護師から教示していただいた、差し迫った身体的攻撃への対処の仕方を総花的に集収し整理した。

次のステップは、臨床で使える技と危険の伴う技を区別しマニュアル化していくことだろう。

あと課題として取り組まなければならないのは、危機状態でも冷静な判断ができるためにはどのような訓練を重ねればよいかということである。

身体的に傷つくような暴力が行使されるかもしれない危機的状況にこそ冷静沈着な判断、対処が求められる。しかし、多くの場合、「頭は真っ白」という茫然自失の状態に陥る。そこで、自分の状態に気づき自己コントロールを取り戻し落ちついて事態に対処することを可能とするにはどのようなトレーニングをつめばよいか。

アイケンバウムが提唱したストレス免疫訓練は、警察官の危機や挑発に対応できるように心理的準備をするために有効であるといわれる。この認知療法が手がかりを提供してくれるのではないかと考えている。次の機会に、そのあたりも整理してみたい。

<謝辞>

本報告書の作成にあつては、静岡大学教育学部田中秀幸教授を始め静岡県立こころの医療センター、肥前精神医療センター、国立精神神経センター武蔵病院の看護スタッフの協力を得ている。ここに深く感謝申し上げる。一人一人名前を挙げるべきであろうが簡潔な謝辞でご容赦願いたい。

文献

- 1) 関根真一：Nurse's Library No65 精神病看護の理論と実際 第2版、医学書院 p73-76、1956
- 2) 三原晴美：ポストレポート 拘束 精神看護 vol2,no.5 p62-70 1999
- 3) 三原晴美：行動制限最小化のための危機介入法 精神看護 vol.28,no.6~9 2001
- 4) 石井一彦：精神科病院における医療事故 日精協誌 第20巻・第3号 p28-40 2001年3月
- 5) Kenneth Tardiff 著、木戸幸聖監修：VIOLENT PTIENTS メジカルフレンド社、p25-28、1992
- 6) 黒木昭雄：いきなり誰かが襲ってきたら、草思社、P54-55、2002
- 7) R・フィッシュ、J・H ウィークランド、L・シーガル著、鈴木浩二、鈴木和子監修 変化の技法

- p 61-63、金剛出版 1986
- 8) 長谷川啓三：家族内パラドックス p 141-142、彩古書房、1987
- 9) Michael Thackrey : Therapeutics For Aggression psychological/physical crisis intervention ,p87 ,Human Sciences 1987
- 10) 吉田隆：少林寺拳法の技術を危機介入場面でどう生かしているか 精神科看護 p37-41 vol. 31, no. 3 2004
- 11) 下里誠二：英国触法精神看護の研修から 精神科看護 vol. 30, no. 9, p14-17, 2003
- 12) 下里誠二：暴力介入と隔離（その2）精神科看護 vol. 30, no. 12, p46-50, 2003
- 13) Carol A.Petersen (Mental Health Services Research Program) : :Assertive Community Treatment(ACT) and Personal Safety Management
- 14) ハロルド・I・カプラン、他：カプラン臨床医学テキスト p40-41、医学書院 MYW、1996
- 15) G.W スチュアート、S.J.サンディーン編、樋口康子、稲岡文昭、南裕子日本語版監修：新臨床看護学体系 精神看護学 I p376 医学書院、1986
- 16) 包括的暴力防止プログラム（CVPPP マニュアル） 肥前精神医療センター
- 17) Gail W. Stuart, Michele T.Laraia : Principles and Practice of Psychiatric Nursing 7th Edition p31-1 p637、Mosby,Inc ,2001
- 18)15)P378
- 19) 市橋秀夫:空間の病 分裂病のエソロジー 海鳴社 p 34-47 1984
- 20) E・ゴッフマン著、丸木恵祐、本名信行訳：集まりの構造 p 93-118、誠信書房、1980
- 21) 大平英樹：怒りと攻撃の情報処理 p183-194 現代のエスプリ 320
- 22) Kenneth Tardiff 著、監修 木戸幸聖：VIOLENT PTIENTS 患者の暴力——その評価と対応 メジカルフレンド社 p41 平成4年
- 23)17)p642
- 24) 12),p46-50
- 25) 9) p87
- 26) 6) p82-84
- 27) 日精看ニュース 2002年11月号
- 28)24)p48
- 29)17)p653
- 30) 国際看護婦協会：職場での暴力に対処するためのガイドライン Nursing Today vol.13,no5、p29、1998
- 31) 包括的暴力防止プログラム（CVPPP マニュアル） 肥前精神医療センター
- 32) 木村光江：刑事法入門 p135、東京大学出版会、1995
- 33) 刑法理論研究会：現代刑法学原論[総論] p 266、三省堂
- 34)26) p84-87
- 35) 下里誠二：暴力介入と隔離（その1）精神科看護 vol.30,no.11,p52,2003
- 36) 近藤房恵：Management of Assaultive Behavior(興奮状態や暴力的・攻撃的行動のマネジメント) 心の看護学 第1巻第2号、p 197-201、1997
- 37) 包括的暴力防止プログラム（CVPPP マニュアル） 肥前精神医療センター
- 38) 9) p87
- 39) 大淵憲一：攻撃動機之二過程モデル、現代のエスプリ 320号、p 203,1994
- 40)39) P195-206

41)20) P205

42) 中井久夫、山口直彦：看護のための精神医学、p223、医学書院、2001

43)35) P51

44) ポール・ワツラヴィク、他著山本和郎他訳：人間コミュニケーションの語用論 p 53、二瓶社、1998

45) リン・ホフマン著、亀口憲治訳：システムと進化、p 65-80、朝日出版、1986

46) 江副勉、小林八郎、西尾忠介、蜂矢英彦編「精神科看護の研究」医学書院 p 124、1965

47) 辛淑玉：「怒りの方法」岩波新書 p 137-150、2004